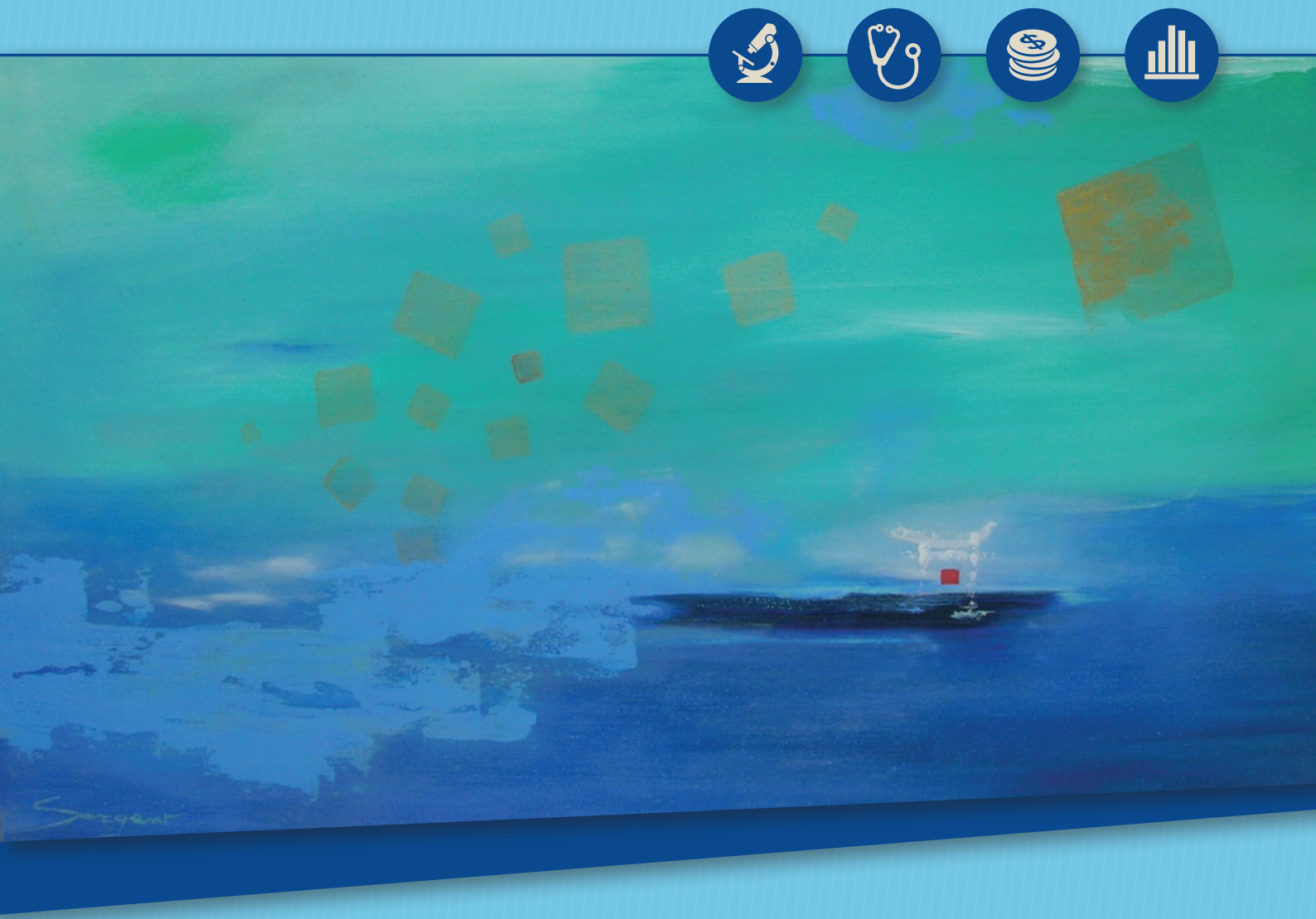
РУКОВОДСТВО В ОБЛАСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 3

РАЗРАБОТКА НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СПРАВОЧНОЕ РУКОВОДСТВО



Joseph Kutzin
Sophie Witter
Matthew Jowett
Dorjsuren Bayarsaikhan

Всемирная организация здравоохранения

РУКОВОДСТВО В ОБЛАСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 3

РАЗРАБОТКА НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СПРАВОЧНОЕ РУКОВОДСТВО

Joseph Kutzin
Sophie Witter
Matthew Jowett
Dorjsuren Bayarsaikhan

Всемирная организация здравоохранения

Разработка национальной стратегии финансирования здравоохранения. Справочное руководство [Developing a national health financing strategy: a reference guide] / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan
(Руководство в области финансирования здравоохранения No 3)

ISBN 978-92-4-451210-4

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. Разработка национальной стратегии финансирования здравоохранения. Справочное руководство [Developing a national health financing strategy: a reference guide]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris/.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: http://apps.who.int/bookorders. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: http://www.who.int/about/licensing/

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Ответственность за взгляды, выраженные в настоящей публикации, несут только названные авторы.

Printed in Russia

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Введение 1
1.1. Финансирование здравоохранения и всеобщий охват услугами здравоохранения 1
1.2. Что такое стратегия финансирования здравоохранения? 2
1.3. Структура настоящего справочного руководства 4

Глава 2. Подготовка к стратегии финансирования здравоохранения 7
2.1. Выполнение анализа ситуации 7
2.2. Процесс разработки стратегии финансирования здравоохранения 9

Глава 3. Предварительный план стратегии финансирования здравоохранения ... 11

Раздел 1: Общие сведения, оценка состояния и задачи 11
3.1. Введение 11
3.2. Анализ ситуации и извлеченные уроки 11
3.3. Задачи, ориентированные на конкретную страну 12

Раздел 2: Стратегические меры 13
3.4. Сбор средств 13
3.5. Объединение средств 14
3.6. Закупка услуг 15
3.7. Система получения льгот, механизмы нормирования и право на получение медицинской помощи 16
3.8. Вопросы согласования 18

Раздел 3: Управление, оценка и мониторинг, развитие потенциала 19
3.9. Механизмы управления и осуществления 19
3.10. План оценки и мониторинга 20
3.11. Развитие потенциала 21
3.12. Выводы 21

Глава 4. Всеобщий охват услугами здравоохранения и финансирование здравоохранения: основополагающие концепции и контекст 22

Раздел 1: Общие сведения, оценка состояния и задачи 22
4.1. Как финансирование здравоохранения может способствовать всеобщему охвату: промежуточные задачи и конечные цели обеспечения охвата 22
4.2. Основные контекстуальные факторы 23
4.3. Постановка задач, ориентированных на конкретную страну 26

Раздел 2: Стратегические меры 27
4.4. Сбор средств: источники поступлений и механизмы взносов 28
4.5. Объединение средств 33
4.6. Закупка услуг 36
4.7. Система получения льгот, механизмы нормирования и право на получение медицинской помощи 40
Раздел 3: Управление, развитие потенциала, МиО 44
4.8. Управление функциями финансирования здравоохранения 44
4.9. План оценки и мониторинга 46
4.10. Развитие потенциала 48

Список рисунков

Рисунок 1: Цели и промежуточные задачи всеобщего охвата услугами здравоохранения, на которые влияет политика финансирования здравоохранения 2
Рисунок 2: Ключевые этапы разработки стратегии финансирования здравоохранения 5
Рисунок 3: Политика финансирования здравоохранения и всеобщий охват услугами здравоохранения: пути осуществления 23
Рисунок 4: Получение дохода: источники поступлений и механизмы взносов 28
Рисунок 5: Общие доходы из источников, поступающие в распоряжение организаций, отвечающих за их объединение 33
Рисунок 6: Обзор структуры рынка закупок и формы расчета с поставщиками медицинских услуг 40
Рисунок 7: Система получения льгот и нормирования по трем аспектам обеспечения охвата 41
Рисунок 8: Механизмы финансирования здравоохранения и население 45

Список вставок

Вставка 1: Руководящие принципы осуществления реформ в области финансирования здравоохранения в поддержку всеобщего охвата услугами здравоохранения 6

АВТОРЫ

Joseph Kutzin, координатор по вопросам финансирования здравоохранения, Департамент управления и финансирования систем здравоохранения, ВОЗ, Женева
Sophie Witter, профессор, международное финансирование и системы здравоохранения, Университет королевы Маргарет, Эдинбург, Соединенное Королевство
Matthew Jowett, старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, Департамент управления и финансирования систем здравоохранения, ВОЗ, Женева
Dorjsuren Bayarsaikhan, старший специалист по вопросам финансирования здравоохранения, Департамент управления и финансирования систем здравоохранения, ВОЗ, Женева

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы выражают благодарность за замечания и предложения, полученные от коллег из ВОЗ и от других экспертов в ходе подготовки этого справочного руководства. Финансовая поддержка предоставлена Министерством Соединенного Королевства по вопросам международного развития (МВМР) в рамках Программы по совершенствованию национальных систем финансирования здравоохранения в целях ускорения движения на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения.

Более подробная информация о нашей работе над политикой финансирования здравоохранения представлена на нашем веб-сайте: http://www.who.int/health_financing/ru/

На обложке представлен оригинал картины маслом «Сделано в Японии» кисти Fabrice Sergent.

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТОТ ДОКУМЕНТ

В основу настоящего документа положен результат многолетней поддержки, оказываемой ВОЗ своим государствам-членам в области политики финансирования здравоохранения. Являясь справочным руководством, документ содержит план стратегии финансирования здравоохранения, но его первостепенная цель заключается в освещении различных аспектов политики финансирования здравоохранения, которые странам необходимо проанализировать и изучить. Любая удачная стратегия финансирования здравоохранения основывается на анализе текущих проблем, связанных с эффективностью деятельности в секторе здравоохранения. Такому анализу посвящен отдельный документ (подробнее см. ниже), а настоящее справочное руководство следует использовать совместно с этим документом.

McIntyre D. & Kutzin, J. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development [Оценка состояния национальной системы финансирования в области здравоохранения: основа развития национальной стратегии]. *Geneva: World Health Organization; 2016. (Health Financing Guidance No 1).* Доступен по ссылке: http://www.who.int/health_financing/ru/

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения означает, что все члены общества имеют равную возможность получить необходимую им медицинскую помощь высокого качества, не опасаясь столкнуться с финансовыми трудностями в результате оплаты стоимости предоставленных медицинских услуг в месте их оказания. Всеобщий охват стал одним из основных приоритетов политики многих стран и привлекает к себе всё более пристальное внимание на международном уровне, формируя одну из задач, направленных на достижение цели 3 в области устойчивого развития[1,2,3,4].

В соответствии с основными тезисами Доклада о состоянии здравоохранения в мире (2010 г.) многие страны заявили о своей приверженности цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, в связи с чем занялись пересмотром, анализом и изменением национальных механизмов финансирования здравоохранения. Как показывает опыт, для того чтобы двигаться к достижению цели всеобщего охвата, требуется не только твердая политическая воля, но и последовательная стратегия, которая обеспечит согласованность и координацию различных аспектов системы здравоохранения в целях действенного решения основных проблем, связанных с эффективностью системы здравоохранения. Последовательная и согласованная стратегия реализации реформы финансирования здравоохранения может сыграть ключевую роль в этом процессе.

Представления ВОЗ о разработке стратегий финансирования здравоохранения основываются на ее подходе к политике в этой области, см. рис. 1.

Этот подход объединяет цели в области нормативного регулирования, воплощенные в концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения (обеспечение равного доступа к получению медицинской помощи посредством удовлетворения потребности населения в объемах такой помощи, а также финансовое обеспечение и качество предоставляемых медицинских услуг), и описательные рамки функций и политических программ, которые являются частью всех механизмов финансирования здравоохранения. В вопросах нормативного регулирования мы исходим из того, что движение к достижению цели всеобщего охвата должно стимулировать финансовые реформы в области здравоохранения. Как следует из рис. 1,

1 Declaration for Universal Coverage [Декларация в отношении всеобщего охвата услугами здравоохранения]. Bangkok, Thailand. January 2012

2 Universal Coverage Declaration. [Декларация в отношении всеобщего охвата услугами здравоохранения] Mexico. April 2012

3 Организация Объединенных Наций (2012). Резолюция Ассамблеи ООН в поддержку обеспечения всеобщего охвата услугами систем здравоохранения http://www.un.org/News/Press/docs//2012/ga11326.doc.htm

4 Организация Объединенных Наций (2015). Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк.

Рисунок 1. Цели и промежуточные задачи всеобщего охвата услугами здравоохранения, на которые влияет политика финансирования здравоохранения



финансовые реформы в области здравоохранения также могут оказывать косвенное влияние на движение к достижению этих целей, поскольку позволяют решить ряд промежуточных задач, таких как справедливое распределение ресурсов в системе здравоохранения, эффективность, прозрачность и подотчетность[5].

Цели в области всеобщего охвата услугами здравоохранения и промежуточные задачи, приведенные на рис. 1, носят широкий и общий характер. В целях формирования плана проведения национальных реформ необходимо сначала оценить текущую эффективность системы здравоохранения, конкретные проявления ее недостаточной эффективности и их причины. Это поможет сформулировать стратегию финансирования здравоохранения, позволяющую устранить конкретные причины недостаточной эффективности.

1.2. ЧТО ТАКОЕ СТРАТЕГИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Границы охватываемой сферы деятельности, содержание политики, стратегии или плана в области финансирования здравоохранения, а также используемая терминология в разных странах имеют существенные отличия. Наблюдаются

5 Kutzin, J (2013). "Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy." [Финансирование здравоохранения для достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения и эффективности системы здравоохранения: концепции и последствия для политики]. Bulletin of the World Health Organization 91:602- 611. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/

также различия в степени детализации таких документов, в организации процесса их разработки и правовом статусе. В настоящем руководстве представлены руководящие принципы разработки *стратегии финансирования здравоохранения*, как мы предпочитаем ее называть, место которой, по нашему мнению, можно определить примерно между общими документами, в которых излагается концепция сектора здравоохранения, и документами по осуществлению, содержащими подробное описание планов. На наш взгляд, стратегия финансирования здравоохранения:

- основывается на оценке текущей эффективности национальной системы здравоохранения в реализации заявленных целей и задач, которые обычно формулируются в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения. В рамках такой оценки определяются как конкретные проблемы, так и их основные причины, внутренне присущие системе здравоохранения и лежащие вне такой системы;
- ориентирована на всё население страны и национальную систему здравоохранения в целом, а не на отдельные ее элементы или программы. Учитывает все функции, стратегии, взаимосвязи и тенденции, существующие в системе здравоохранения;
- подробно определяет комплекс задач, ориентированных на конкретную страну, и устанавливает ряд первоочередных мер, направленных на решение выявленных проблем, с указанием четкого срока исполнения (например от 5 до 10 лет);
- определяет последовательность осуществления реформ;
- включает стратегию осуществления регулярной оценки для обеспечения публичной подотчетности и внесения корректировок по ходу осуществления.

Стратегия финансирования здравоохранения может представлять собой отдельный документ, ссылающийся на более широкую политику, стратегию и планы страны в области здравоохранения и согласующийся с ними. Наиболее предпочтительным представляется включение и интеграция стратегии финансирования здравоохранения в национальную политику здравоохранения или иной стратегический документ сектора здравоохранения, в состав которого входит программа предоставления услуг. При наиболее удачном стечении обстоятельств такая стратегия может стать неотъемлемым компонентом общего национального плана развития. Важно, чтобы разработка стратегии финансирования здравоохранения не превратилась в изолированный процесс. Финансирование здравоохранения включает национальную политику и схемы, применимые к:

- источникам поступлений финансовых средств, в том числе механизмам финансирования за счет сбора налогов или страховых взносов («сбор средств»);
- объединению средств;
- закупкам услуг (см. подробное определение термина «закупка» в пп. 3.6 и 4.6);
- политическим программам в области предоставления льгот, нормирования и прав на получение медицинской помощи;
- управлению перечисленными функциями и политическими программами.

Более подробное описание каждой из схем представлено в разделе 4 настоящего документа; дополнительная информация также содержится в документах по ссылкам[6,7,8]. Несмотря на то, что каждая схема финансирования здравоохранения рассматривается в последующих главах по отдельности, чрезвычайно важно принимать во внимание их сочетаемость и совместимость в контексте системы здравоохранения конкретной страны. Этот подход способствует развитию системных реформ, которые затрагивают различные функции и схемы охвата населения услугами здравоохранения, а также обеспечивает разработку всеобъемлющей стратегии финансирования здравоохранения.

Иными словами, в стратегии финансирования здравоохранения должны быть учтены изменения, которые необходимо произвести за определенный период времени (например, 5–10 лет) в области сбора и объединения средств, закупок (т. е. планирования объемов медицинских услуг по их видам и условиям предоставления), предоставления льгот и в целом в архитектуре системы и управлении ею. Эти изменения в политике будут касаться основных причин возникновения проблем, которые наблюдаются в системе здравоохранения, а именно – препятствий на пути достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения с точки зрения соответствующих конечных целей и промежуточных задач. Эти изменения будут легко осуществимы и в то же время они должны являться основой дальнейшего совершенствования всей системы здравоохранения.

1.3. СТРУКТУРА НАСТОЯЩЕГО СПРАВОЧНОГО РУКОВОДСТВА

Основная цель настоящего справочного руководства заключается в оказании странам поддержки в разработке всеобъемлющей стратегии финансирования здравоохранения, способствующей продвижению на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения. Помимо вступительной части документ содержит еще три раздела.

- **Глава 2** посвящена работе, которую необходимо выполнить перед разработкой стратегии финансирования здравоохранения, в частности анализу текущей ситуации в секторе здравоохранения и имеющихся проблем. Также в главе рассматриваются вопросы, связанные с процессом разработки стратегии финансирования здравоохранения.

- В **главе 3** содержится примерный план стратегии финансирования здравоохранения, описанный в трех разделах: i) «Общие сведения, оценка состояния и задачи»; ii) «Стратегические меры»;

6 Kutzin, J (2001). "A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements." [Описательные рамки странового анализа механизмов финансирования медицинских услуг]. Health Policy 56(3):171-204.

7 Kutzin, J (2008). "Health financing policy: a guide for decision-makers." [Политика финансирования здравоохранения: справочник для лиц, принимающих решения]. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe, Division of Country Health Systems. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf

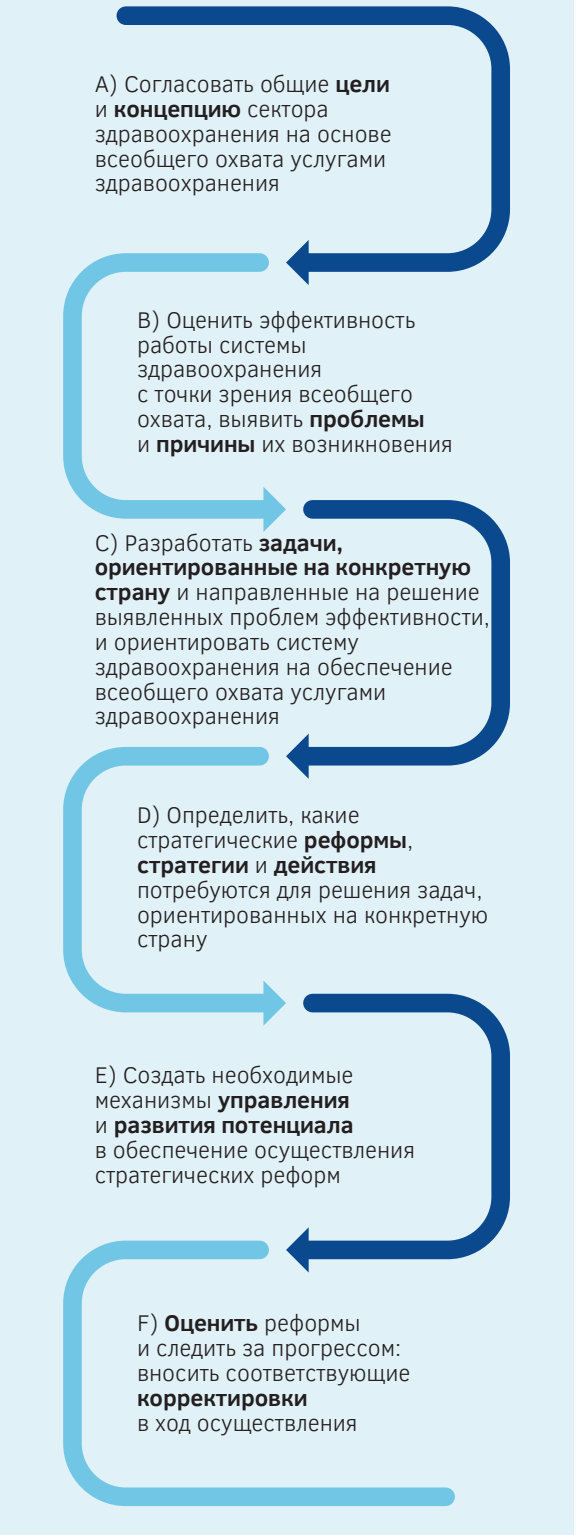
8 Mathauer I, Carrin G. 2010. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage [Влияние институциональной структуры и организационной практики на эффективность финансирования здравоохранения и обеспечение всеобщего охвата]. Discussion paper 5. World Health Organization.

iii) «Управление, оценка и мониторинг, развитие потенциала». В каждом разделе рассматриваются основные вопросы, имеющие большое значение для всеобъемлющей стратегии финансирования здравоохранения, однако национальным директивным органам рекомендуется адаптировать документ под ситуацию и условия своей страны.

- **Глава 4:** в каждом из трех разделов представлены дополнительные общие сведения, контекст и подробная информация по каждому вопросу или теме, включая основополагающие концепции и актуальные общие проблемы, сгруппированные вокруг основных функций финансирования здравоохранения.

Хотя предполагается, что цели, закрепленные в определении всеобщего охвата услугами здравоохранения, формируют основу реформ в области финансирования здравоохранения, цель настоящего руководства заключается в содействии разработке всеобъемлющей стратегии, а не в том, чтобы рекомендовать или способствовать осуществлению отдельной стратегии или реформы финансирования здравоохранения. Целесообразно определить комплекс руководящих принципов для обеспечения соответствия стратегии, направленной на поддержку всеобщего охвата, данным, подтверждающим эффективность тех или иных методов (см. вставку 1).

Рисунок 2. Ключевые этапы разработки стратегии финансирования здравоохранения



Вставка 1. Руководящие принципы осуществления реформ в области финансирования здравоохранения в поддержку всеобщего охвата услугами здравоохранения

а) Введение

Реформы в области финансирования здравоохранения невозможно механически перенести из одной страны в другую ввиду уникальности условий, сложившихся в каждой стране, и разной степени развития механизмов финансирования здравоохранения на момент начала реформ. В каждой стране имеются индивидуальные причины появления проблем, связанных с эффективностью системы здравоохранения. И именно на устранение этих причин направлены реформы, которые должны быть изложены в стратегии финансирования здравоохранения. Тем не менее уроки, извлекаемые из международного опыта, позволяют сформулировать ряд руководящих принципов для проведения реформ, направленных на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения. Эти принципы не являются практическим руководством, а, скорее, представляют собой набор «указателей», которые можно использовать для того, чтобы проверить, обеспечивают ли стратегии реформирования (и что более важно – процесс осуществления реформ) соответствующие условия и стимулы, а следовательно, и возможность движения в правильном направлении с точки зрения задач и целей, показанных на рис. 1. Эти принципы, или указатели, представленные ниже, применяются к каждой подфункции финансирования здравоохранения и стратегической области.

1) Сбор средств

- Создание условий, позволяющих полагаться преимущественно на государственные/обязательные или целевые источники финансирования (в той или иной форме налогообложения).
- Повышение предсказуемости уровня государственного (и внешнего) финансирования в течение ряда лет.
- Укрепление стабильности (регулярное исполнение бюджета) в исполнении обязательств по обеспечению системы здравоохранения государственными или иными финансовыми ресурсами.

2) Объединение средств

- Расширение возможности перераспределения имеющихся средств, полученных посредством предварительной оплаты.
- Обеспечение явно выраженной взаимодополняемости различных источников финансирования.
- Уменьшение фрагментации, дублирования и совпадений.
- Упрощение финансовых потоков.

3) Закупка услуг

- Повышение уровня взаимосвязи между объемом средств, выделяемых поставщикам медицинских услуг, и потребностями населения в медицинских услугах либо информацией об эффективности деятельности поставщика или обоими этими факторами.
- Отказ от ограничений сметного бюджетирования с жестким обоснованием расходов или полностью неуправляемого применения метода оплаты «гонорар за услугу».
- Управление ростом расходов, например за счет отказа от бессрочных обязательств в соглашениях об оплате с поставщиком.
- Создание единой платформы данных о пациенте даже при наличии нескольких схем финансирования медицинских услуг / охвата услугами здравоохранения.

4) Система получения льгот и механизмы нормирования

- Уточнение законных прав и обязанностей населения (кто имеет права на те или иные услуги и какие платежи, если таковые предусмотрены, они обязаны произвести на месте получения услуг).
- Повышение осведомленности населения о его законных правах и обязанностях как получателя услуг.
- Соотнесение обещанных льгот или прав на получение медицинской помощи с механизмами оплаты, установленными поставщиками медицинских услуг.

2. ПОДГОТОВКА К СТРАТЕГИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. ВЫПОЛНЕНИЕ АНАЛИЗА СИТУАЦИИ

Стратегия финансирования здравоохранения будет полезна и эффективна только в том случае, если она основана на подробном анализе текущих проблем эффективности в секторе здравоохранения и причин их возникновения и является реакцией на такой анализ. Для выполнения анализа ситуации ВОЗ отдельно разработала подробные руководящие принципы[9], которые структурированы по следующим пяти основным разделам.

- Раздел 3. «Основные контекстуальные факторы, влияющие на политику в области финансирования здравоохранения и достижение политических целей»
- Раздел 4. «Обзор структуры расходов на здравоохранение»
- Раздел 5. «Обзор механизмов финансирования здравоохранения»
- Раздел 6. «Ход осуществления: анализ целей и промежуточных задач в области всеобщего охвата услугами здравоохранения»
- Раздел 7. «Общая оценка: приоритетные направления реформы финансирования здравоохранения»

В каждом разделе содержатся подробные инструкции для анализа существующих механизмов, выявления проблем эффективности, понимания и установления причин их возникновения. В документе рассматривается широкий круг тем, в том числе описываются и анализируются следующие вопросы.

АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ

- общая структура финансирования здравоохранения, движение средств в рамках системы здравоохранения и организации, ответственные за сбор и объединение средств и осуществление закупок;
- источник поступлений для сектора здравоохранения и конкретные механизмы финансирования за счет взносов; тенденции измерения абсолютного и относительного уровней государственного, частного, внешнего финансирования и общих расходов на здравоохранение;
- механизмы объединения средств: например, идет ли речь об одном или нескольких бюджетах разных уровней? Существуют ли механизмы перекрестного субсидирования и выравнивания средств для всех групп населения и географических областей и т. д.?
- правила выделения ресурсов, в том числе сведения о разнице в движении средств с точки зрения зависимости их объема от географического местоположения, удаленности медицинских организаций от центра и их типа (больницы, медицинские центры и клиники);

9 McIntyre, D and J Kutzin (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development [Оценка состояния национальной системы финансирования в области здравоохранения: основа развития национальной стратегии]. WHO/HIS/HGF/Technical Report/16.1. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/tools/diagnostic

- схемы закупок медицинских услуг, включая механизмы оплаты оказанной медицинской помощи, численность получателей медицинских услуг, информационные системы и схемы управления закупками, создание условий для стимулирования поставщиков медицинских услуг;
- четкие правила участия пациентов в оплате оказанных медицинских услуг, предоставление льгот для некоторых групп населения или по некоторым видам услуг и услуги, не оплачиваемые по схеме предварительной оплаты;
- правила и системы управления государственными финансами, в том числе порядок планирования и бюджетирования, перевода, использования средств, представления отчетности и контроля, определяющий, какой степенью автономии пользуются государственные поставщики медицинских услуг;
- требования к отчетности (например, перед парламентом, гражданским обществом, средствами массовой информации) за использование государственных средств ведомствами, отвечающими за финансирование здравоохранения.

АСПЕКТЫ РАБОТЫ СИСТЕМЫ

- предоставление и использование медицинских услуг (справедливое распределение и использование, вопросы доступа, и особенно финансовые препятствия) в сравнении с потребностями населения в медицинских услугах, с разбивкой по группам уровней доходов и другим показателям уязвимости населения (таким как пол или этническая принадлежность) и местонахождению (городская и сельская местность);
- данные об общем уровне финансовой защиты и соображения справедливости (например, уровень и распространенность катастрофических и (или) разорительных личных платежей);
- эффективность работы поставщиков медико-санитарных услуг (как государственных, так и частных), включая любые данные о влиянии схем закупок на качество и эффективность медицинских услуг;
- осведомленность общества о правах на льготы при получении медицинской помощи, платежных обязательствах, если они есть, и степени их осуществления на практике (например, наличие данных о неофициальных платежах из личных средств граждан).

Анализ ситуации выполняется для того, чтобы четко определить, как организована и работает система финансирования здравоохранения, и, в частности, сделать убедительные выводы о причинах недостаточной эффективности, исходя из имеющихся документальных доказательств и данных, а также по результатам обсуждений с основными заинтересованными сторонами. Анализ предполагает обзор достижений, недостатков и областей, в которых возможны улучшения, с учетом сопутствующих факторов, а также определение причин, которые могут быть скорректированы посредством проведения реформ в области финансирования здравоохранения.

2.2. ПРОЦЕСС РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Разработка и осуществление стратегии финансирования здравоохранения, которая отражает концепцию всеобщего охвата услугами здравоохранения, адаптируя ее к местным условиям, и которая контролируется лицами, ответственными за ее осуществление, находится в ведении национальных правительств. Характер обсуждаемых вопросов означает необходимость участия правительственных ведомств, отвечающих за здравоохранение и финансы, обычно в лице министерств здравоохранения и министерств финансов, хотя конкретные наименования таких ведомств могут несколько отличаться. Кроме того, в зависимости от сложившихся в стране условий, к этой работе также могут привлекаться другие правительственные ведомства/министерства, отвечающие за местное самоуправление, трудовые отношения, социальное обеспечение, образование и так далее. Во многих случаях эффективный политический диалог также предполагает участие законодательных органов (парламентариев) и негосударственных партнеров, таких как ассоциации работников сферы здравоохранения, группы пациентов и другие организации гражданского общества, в открытых консультациях о проблемах, приоритетах, возможных реформах и распределении функций и ответственности.

Подходы к формулированию стратегии финансирования здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения часто включают создание межведомственной целевой группы, руководящего комитета или технической рабочей группы с четким кругом ведения и графиком; это может способствовать расширению специальных знаний и опыта и укреплению чувства сопричастности процессу. Как показывает опыт, крайне важно, чтобы под контролем руководящего комитета работало по крайней мере несколько постоянных профильных сотрудников (возможно, местных консультантов), ответственных за дальнейшее полноценное осуществление стратегии, так как движение вперед затруднительно в том случае, если никто из сотрудников не освобождается от своих повседневных обязанностей. В состав руководящего комитета могут входить лица, ответственные за принятие решений на высоком уровне, такие как министры и старшие должностные лица правительства, уполномоченные осуществлять надзор. В некоторых странах разработку, оценку и определение приоритетных вариантов по таким направлениям, как «мобилизация ресурсов и потребности в ресурсах», «обеспечение справедливости и расширение охвата» и «повышение эффективности закупок и предоставления услуг» может быть полезно поручить тематическим рабочим подгруппам.

Всеобъемлющий процесс с участием групп гражданского общества, неправительственных организаций, ассоциаций работников сферы здравоохранения, научно-образовательных учреждений, партнеров в области развития, органов медицинского страхования (когда это необходимо), представителей частного сектора и органов власти субнационального уровня в составе руководящего комитета и рабочих групп способствует укреплению стратегии и выводит ее за рамки чисто технического содержания.

Широкая поддержка требуется не только ввиду необходимости наличия политической воли и укрепления консенсуса, но и в связи с тем, что могут потребоваться межсекторальные меры. Например, реформы в области политики финансирования здравоохранения могут затрагивать планы развития кадровых ресурсов и планы в сфере образования. Кроме того, обсуждение вариантов реформы требует учета не только технических, но и политических аспектов и более широкого рассмотрения.

Процесс разработки стратегии должен опираться на передовые знания, опыт и данные.

Может потребоваться инициировать дополнительную аналитическую работу в области финансирования здравоохранения сверх первоначального анализа ситуации, например провести исследования, посвященные бюджетно-финансовым возможностям, определению круга заинтересованных сторон, реформе пакета пособий и льгот и финансовым последствиям выбора различных вариантов, а также анализ экономической эффективности, исследования по вопросам эффективности и оплаты поставщикам медицинских услуг и разработку системы оценки. Однако пробелы в данных можно найти всегда, и проведение исследований не должно рассматриваться как предлог для откладывания преобразований, необходимость которых четко обоснована и в отношении которых достигнут консенсус. Такую работу целесообразно начать с понимания проблем и возможных приоритетных направлений действий и подготовить на этой основе проект подробного плана стратегии финансирования здравоохранения. После этого возможно организовать проведение дополнительных исследований для более глубокого изучения выявленных пробелов в данных или альтернативных вариантов политики. В свою очередь, они могут использоваться для обоснования конкретных элементов стратегии, чтобы не ждать завершения всей аналитической работы, прежде чем приступить к подготовке рамочной стратегии.

Завершение работы над стратегией финансирования здравоохранения и ее утверждение могут потребовать проведения нескольких раундов консультаций с заинтересованными сторонами, особенно с теми из них, которые отвечают за осуществление стратегии или участвуют в этом процессе. Также может потребоваться утвердить стратегию на самых высоких политических и директивных уровнях – указом президента, решением парламента или правительства.

3. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН СТРАТЕГИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В трех следующих разделах этой главы содержится предварительный план стратегии финансирования здравоохранения.

i. Общие сведения, оценка состояния и задачи
ii. Стратегические меры
iii. Управление, оценка и мониторинг, развитие потенциала

Хотя порядок очередности вопросов и внимание, уделяемое каждому разделу, будут различаться в зависимости от сложившихся в стране условий, ниже приводятся основные вопросы и темы, которые представляются нам важными для обеспечения всеобъемлющего характера стратегии.

РАЗДЕЛ 1:
ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ, ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ЗАДАЧИ

3.1. ВВЕДЕНИЕ

- Составьте краткий страновой обзор, опишите перспективы развития и определите контекст стратегии финансирования здравоохранения в рамках общенациональной программы и политики здравоохранения, а также составьте стратегию предоставления услуг.
- Укажите, каким образом эта стратегия укладывается в более широкий социально-экономический контекст, и назовите серьезные проблемы страны в области здравоохранения. Обобщите цели обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и покажите, как они сочетаются с политическими обязательствами и более общими национальными целями.
- Кратко опишите процесс разработки стратегии и дайте объяснение цели, определите период осуществления и структуру стратегии финансирования здравоохранения.
- Помимо подготовки документа в привязке к другим основным документам сектора здравоохранения, следует подробно описать базовый процесс, используемый для подготовки и полноценного осуществления стратегии, а также процессы утверждения и законодательные требования.
- Предисловие или введение за авторством руководителя высших органов здравоохранения или представителя правительства, сможет подчеркнуть национальное значение стратегии, позволит повысить доверие к документу.

3.2. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

- Обобщите текущие принципы организации финансирования здравоохранения в стране.
- Обобщите основные результаты анализа эффективности существующих

механизмов финансирования здравоохранения. Отметьте, в частности, основные достижения и выявленные проблемы/недостатки, а также укажите, как вы о них узнали (конкретные проявления достижений и недостатков). Они могут быть сгруппированы в соответствии с целями и промежуточными задачами обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

- На основе анализа ситуации обобщите основные контекстуальные факторы (т. е. факторы, не относящиеся непосредственно к сфере контроля и влияния системы здравоохранения), воздействующие на те задачи и цели, которые могут быть реально решены и достигнуты посредством реформ в области финансирования здравоохранения в стране. К ним относятся, в частности, фискальный контекст/финансовые перспективы страны, децентрализация государственного управления, порядок управления государственными финансами, тип политической системы страны и т. д.
- В заключение, на основе проведенного анализа ситуации обобщите основные причины возникновения проблем в области эффективности системы здравоохранения, особо отметив те из них, по которым потенциально могут быть приняты конкретные меры в рамках проведения реформ финансирования. Эти причины, обусловливающие недостаточную эффективность, создают основу для расстановки приоритетов в рамках стратегии финансирования здравоохранения и могут быть эффективно разнесены по функциям и задачам политики финансирования здравоохранения (сбор и объединение средств, закупки медицинских услуг и порядок предоставления льгот), а также использованы для выявления проблем, связанных с внутренней рассогласованностью и отсутствием согласованности по отношению к целям всеобщего охвата услугами здравоохранения. Отображение существующего движения средств в системе, а также институциональная ответственность за осуществление функций финансирования здравоохранения могут содействовать формированию общей перспективы развития.

3.3. ЗАДАЧИ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА КОНКРЕТНУЮ СТРАНУ

- Данный раздел основан на результатах оценки проблем и причин их возникновения в рамках анализа ситуации. Поскольку задачи стратегии финансирования здравоохранения должны быть связаны с более широкими целями системы здравоохранения, такими как «финансовое обеспечение услуг», «цели высокого уровня» не рассматриваются как достаточные и могут использоваться только в качестве категорий. На их основе необходимо определить задачи, ориентированные на конкретную страну, и заняться устранением причины недостаточной эффективности.
- Задачи, очередность выполнения которых определяется в рамках стратегии, должны быть обоснованы в контексте ключевых проблем в области эффективности, выявленных в результате анализа ситуации и оценки причин их возникновения. Здесь могут быть отмечены приоритетные области осуществления реформ, направленные

на устранение причин недостаточной эффективности, касающихся целей и промежуточных задач обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения; они находятся в центре внимания следующего раздела.
- По возможности, задачи должны быть изложены таким образом, чтобы обеспечивалась их измеримость и возможность отслеживания в качестве индикаторов прогресса. При этом некоторые задачи могут в большей степени определяться качественными показателями, и здесь они также должны быть обозначены.

РАЗДЕЛ 2:
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ МЕРЫ

В отношении каждой установленной приоритетной задачи необходимо определить стратегические меры для ее решения. Это подводит нас к сути стратегии: что именно должно измениться для того, чтобы устранить причины возникновения основных проблем в области эффективности, и что должно произойти, чтобы такие преобразования стали возможны? На этом этапе мы предлагаем обратиться к различным функциям финансирования здравоохранения, поскольку именно им уделяется основное внимание в политике и именно здесь определяются конкретные действия, которые необходимо предпринять. В приведенных ниже разделах мы поговорим о тех вопросах, которые считаем наиболее важными применительно к каждой функции финансирования здравоохранения и которые возникают в отношении типичных задач, определяемых в стратегии финансирования здравоохранения. Как отмечалось ранее, настоящий документ не является комплексом предписаний для проведения конкретных реформ; мы лишь обращаем внимание на то, что избранные реформы должны быть обоснованы с точки зрения возможного воздействия на выявленные причины недостаточной эффективности и соответствовать общемировому опыту в области эффективных и неэффективных методов финансирования здравоохранения. Для обеспечения согласованности стратегии с мировым опытом можно использовать руководящие принципы реформирования, изложенные выше на вставке 1, невзирая на существующие различия, определяемые национальными особенностями.

3.4. СБОР СРЕДСТВ

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

- *Создание условий, позволяющих полагаться преимущественно на государственные/обязательные или целевые источники финансирования (в той или иной форме налогообложения).*
- *Повышение предсказуемости уровня государственного (и внешнего) финансирования в течение ряда лет.*
- *Укрепление стабильности (регулярное исполнение бюджета) в исполнении обязательств по обеспечению системы здравоохранения государственными или иными финансовыми ресурсами.*

- Определите конкретные реформы в области политики сбора средств, исходя из выявленных причин недостаточной эффективности и руководствуясь принципами, приведенными

выше. Рассмотрите реформы, которые могут способствовать более широкому использованию государственных источников финансирования; оцените целесообразность выбора каждого варианта с учетом возможных сценариев финансово-бюджетной политики и мирового опыта практической реализации. Варианты могут включать совершенствование существующих и внедрение новых механизмов; по каждому выбранному варианту необходимо обозначить взаимосвязь с установленной причиной возникновения проблемы или с задачей проводимой политики.

- В целях обеспечения реальной оценки ситуации обратитесь в Министерство финансов для получения данных и показателей в отношении прошлых, существующих и прогнозируемых источников поступлений, как внутренних так и внешних. При наличии среднесрочных рамочных программ бюджетного планирования и расходов их надлежит использовать в совокупности с доступными исследованиями бюджетно-финансовых возможностей.
- В странах, получающих значительные потоки внешней помощи, укажите меры, направленные на повышение предсказуемости, например за счет включения внешних потоков в бюджет, учитывая в то же время, что в результате этого могут быть перераспределены, т. е. переассигнованы на другие цели внутренние средства.
- Улучшение показателей исполнения бюджета, иными словами, своевременное выделение средств в соответствии с утвержденными бюджетами, должно повысить предсказуемость потоков государственного финансирования, предназначенного для сектора здравоохранения. Важно отметить, что реформы в области сбора средств будут тесно связаны с действиями, которые планируют предпринять финансовые/налоговые органы (например, в области совершенствования налоговой политики в целом), и что они должны принимать активное участие в разработке предлагаемых реформ.

3.5. ОБЪЕДИНЕНИЕ СРЕДСТВ

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

- *Повышение возможностей перераспределения имеющихся средств, полученных посредством предварительной оплаты.*
- *Обеспечение явно выраженной взаимодополняемости различных источников финансирования.*
- *Уменьшение фрагментации, дублирования и совпадений.*
- *Упрощение финансовых потоков.*

- Определите конкретные действия в области реформирования механизмов объединения средств, исходя из выявленных причин низкой эффективности и руководствуясь принципами, приведенными выше. Что касается реформ, включенных в стратегию, то следует четко указать способ рассмотрения выявленных проблем, присущих действующим механизмам объединения средств. Аналогичным образом, необходимо осветить ожидаемые последствия с точки зрения решения этих задач.

- Меры, направленные на повышение возможностей перераспределения имеющихся средств, полученных посредством предварительной оплаты, или механизмов объединения средств / охвата услугами здравоохранения, не могут быть ограничены определенными схемами страхования, но также должны учитывать вопросы, возникающие в отношении процедур бюджетного финансирования, особенно в странах с существенной финансово-бюджетной децентрализацией.
- Различные источники финансирования можно комбинировать или объединять прямым образом для устранения возникающих при использовании фрагментированных пулов диспропорций между застрахованными и незастрахованными группами населения; в качестве примера можно привести перевод средств из регулярного бюджета в национальную программу медицинского страхования в качестве субсидированных взносов приоритетных групп населения, где эти средства комбинируются в один пул со взносами из фонда заработной платы.
- В целях обеспечения реальной оценки ситуации необходимо четко указать потенциальные политические препятствия по каждому варианту уменьшения фрагментации и расширения возможностей перераспределения имеющихся средств. Варианты могут включать объединение отдельных схем охвата или меры согласования политики в рамках всех схем, например меры в отношении прав на льготы при получении медицинской помощи, соплатежей со стороны пациентов, механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг.

3.6. ЗАКУПКА УСЛУГ

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

- *Повышение уровня взаимосвязи между объемом средств, выделяемых поставщикам медицинских услуг, и потребностями населения в медицинских услугах, информацией об эффективности деятельности поставщика медицинских услуг или обоими этими факторами (т. е. в рамках стратегических закупок).*
- *Отказ от ограничений сметного бюджетирования с жестким обоснованием расходов или полностью неуправляемого применения метода оплаты «гонорар за услугу».*
- *Создание единой платформы данных о пациенте даже при наличии нескольких схем финансирования медицинских услуг / охвата услугами здравоохранения.*
- *Отказ от бессрочных обязательств в соглашениях об оплате с поставщиком медицинских услуг.*

- Определите конкретные действия в области реформирования механизмов закупок, исходя из выявленных причин низкой эффективности и руководствуясь принципами, приведенными выше, например предусмотрев небольшие дополнительные платежи для пунктов первичной медико-санитарной помощи, которые достигают определенных целевых показателей в области иммунизации. В обобщенном виде цель состоит в развитии более активных/стратегических закупок медицинских услуг за счет расширенного использования информации о соответствующих потребностях населения и эффективности деятельности поставщика медицинских услуг.

- Также выполните анализ механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг с точки зрения самого поставщика медицинских услуг, например анализ влияния различных финансовых потоков (по одной или нескольким программам или из одного или нескольких источников финансирования) на условия стимулирования поставщиков медицинских услуг. На этой основе необходимо оценить с точки зрения воздействия не только органы, отвечающие за закупки, но и варианты реформирования существующих механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг. Изменения в условиях стимулирования должны способствовать повышению качества, эффективности, справедливости и результативности предоставления услуг, а также усилению контроля за ростом затрат.
- Принимая во внимание, что каждый из методов оплаты создает как положительные, так и отрицательные стимулы, определите сочетание мер (например, смешанные системы оплаты, механизмы административного контроля / анализа использования) для смягчения потенциально негативных последствий (например, чрезмерного или недостаточного использования услуг).
- Рассмотрите дополнительные изменения, необходимые для повышения стратегической значимости закупок, такие как реформирование информационных систем, используемых при оплате поставщикам медицинских услуг, бóльшая управленческая автономия поставщиков медицинских услуг в вопросах распоряжения их внутренними ресурсами и реформы управления государственными финансами в контексте национальных бюджетных процессов, включая бóльшую согласованность стимулов для выплаты взносов в рамках всех схем.
- Варианты реформирования механизмов управления существующими или новыми предлагаемыми органами, ответственными за закупки, следует оценивать с точки зрения их способности повысить подотчетность и содействовать развитию самообучающейся системы, которая адаптируется к новым данным и меняющимся обстоятельствам, например к новому комплексу используемых методов оплаты поставщикам медицинских услуг.
- Рассмотрите возможность заключения договоров с негосударственными поставщиками медицинских услуг, функционирующими за счет государственных средств, и соответствующие механизмы контроля.
- В отношении всех предлагаемых реформ следует четко указать их связь с установленными причинами возникновения проблем в существующих в стране механизмах закупок, а также ожидаемые последствия реформирования.

3.7. СИСТЕМА ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ, МЕХАНИЗМЫ НОРМИРОВАНИЯ И ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

- *Повышение осведомленности населения о его правах и обязанностях (кто имеет права на те или иные услуги и какие платежи, если таковые предусмотрены, необходимо произвести в месте получения услуг).*

- *Соотнесение обещанных льгот или прав на получение медицинской помощи с механизмами оплаты поставщикам медицинских услуг.*

- В рамках предлагаемых реформ должны рассматриваться выявленные причины недостаточной эффективности в части существующих прав на получение медицинской помощи и соответствующих обязанностей, при этом следует руководствоваться принципами, приведенными выше. В качестве примера можно привести отмену платы за медицинское обслуживание для беременных женщин и для детей в возрасте до пяти лет в сельских медицинских центрах, также широкое информирование населения об этих льготах. Это позволит принять соответствующие меры по увеличению востребованности услуг за счет снижения расходов пациентов и/или по финансовому обеспечению услуг.
- Рассмотрите реформы в области существующих прав населения на льготы при получении медицинской помощи («гарантии» или «льготы»), основания для получения льгот, условия их предоставления (например, использование системы направления к специалистам) и способы нормирования доступа к определенным услугам (например, участие пациентов в оплате медицинских услуг, или соплатежи) в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Это может включать более четкое определение некоторых или всех прав на льготное медицинское обслуживание.
- Изменения оснований для получения льгот могут включать переход к предоставлению прав на льготное обслуживание на основании взносов (выплачиваемых лицом, на которое распространяется действие льгот, или от его имени) или к предоставлению таких прав на других основаниях, таких как наличие гражданства, постоянное проживание, уровень доходов/бедности.
- Принимая во внимание тот факт, что ни одна система не может предоставить все льготы всем желающим, четко определите, объясните и доведите до сведения заинтересованных лиц предлагаемые изменения в отношении механизмов нормирования, такие как участие пациентов в платежах, требования системы направления к специалистам, листы ожидания и исключение определенных услуг. Кроме того, представьте четкое описание и объяснение оснований, используемых для включения или исключения услуг. В число таких оснований могут входить анализ экономической эффективности, справедливое использование услуг и/или финансовое обеспечение (оплата) в случае очень дорогих, но жизненно важных вмешательств.
- Процедура (в том числе, обязанности ответственных лиц), предусмотренная для периодического (например, ежегодного) обзора и пересмотра, также должна быть прописана в рамках стратегии. Например, любые предлагаемые изменения, затрагивающие льготы, могут анализироваться с точки зрения экономической эффективности и влияния на бюджет и могут предусматривать участие более широкого круга заинтересованных сторон.
- Взвесьте плюсы и минусы *адресного* предоставления льгот определенным группам населения (например, людям, живущим в бедности) или определенных услуг (например, при лечении инфекционных заболеваний) либо услуг, предоставляемых

в определенных медицинских учреждениях (например, в отдаленных/сельских клиниках). Зачастую это означает нахождение компромисса между точностью механизма целевого распределения, стоимостью и административной целесообразностью процесса распределения. Рассмотрите возможности использования имеющихся механизмов целевого распределения помощи, которые существуют в других социальных секторах.

3.8. ВОПРОСЫ СОГЛАСОВАНИЯ

- Большое значение для успешной реализации стратегии финансирования здравоохранения играет тот факт, что в центре ее внимания не находится лишь **какой-то один** вопрос, например о сборе средств. Ни одна функция и ни одна политика не рассматривается в стратегии в отрыве от других элементов. Таким образом, каждый из упомянутых выше аспектов стратегии должен рассматриваться с точки зрения его сочетаемости или согласованности с другими аспектами; иными словами, необходимо собрать воедино все фрагменты головоломки.

Примеры включают[10]:

- *Соотнесение объема средств с пакетом льгот,* т. е. обеспечение наличия достаточных средств для предоставления предусмотренных законом прав/льгот во избежание невыполнимых обещаний. К признакам несоответствия, среди прочего, относятся: широкая практика неформальных платежей, задержки или невыплаты зарплаты, дефицит других медицинских поставок.
- *Соотнесение изменений, затрагивающих обещанные льготы, с объемом закупок.* Даже при наличии грамотного анализа последствий для бюджета в случае предлагаемого расширения охвата льготами обещанное расширение маловероятно может быть реализовано в отсутствие четких механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг и возложения на них ответственности за деятельность по предоставлению услуг. Такая взаимосвязь между закупками и льготами бывает ясно выражена в хорошо продуманных реформах финансирования, основанных на оценке эффективности.

- Для того чтобы представить общую стратегию реформы в области финансирования здравоохранения и объединить в единое целое различные аспекты реформы, полезно создать диаграмму поступления средств к поставщикам медицинских услуг из источников, предусмотренных в рамках предлагаемой реформы, и через посредников в области объединения средств и закупок. В этом контексте могут быть выявлены критерии распределения средств и механизмы оплаты поставщикам медицинских услуг. В качестве другого полезного наглядного пособия можно составить схему предлагаемой

10 Другие примеры основных вопросов согласования см. на стр. 389–396 английского текста: Kutzin, J, C Cashin, M Jakab, A Fidler, N Menabde (2010). “Implementing health financing reform in CE/EECCA countries: synthesis and lessons learned.” [Осуществление реформы финансирования здравоохранения в странах Центральной Европы/Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии: синтез и извлеченные уроки]. In Kutzin, J, C Cashin, M Jakab, eds. Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition [Осуществление реформы финансирования здравоохранения: уроки стран с переходной экономикой]. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

организации функций финансирования в области здравоохранения (ведомство или ведомства, ответственные за осуществление каждой функции) и схему (схемы) охвата населения. Вместе взятые, эти схемы движения средств и функционального охвата обеспечат эффективный обзор механизмов финансирования здравоохранения. Их сравнение с аналогичными схемами существующей системы позволяет составить грамотное представление о предлагаемой реформе финансирования здравоохранения.

РАЗДЕЛ 3:

УПРАВЛЕНИЕ, ОЦЕНКА И МОНИТОРИНГ, РАЗВИТИЕ ПОТЕНЦИАЛА

3.9. МЕХАНИЗМЫ УПРАВЛЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

В стратегии должны быть представлены изменения, которые рекомендуется внести в механизмы управления вопросами финансирования здравоохранения, включая, например, следующие (в качестве альтернативы они могут быть включены в реформы, описываемые в разделе 2):

- изменения, касающиеся роли институтов как на центральном, так и на региональном или местном уровнях;
- изменения, вносимые в законы и постановления, которые могут потребоваться для поддержки описанных выше реформ, включая укрепление потенциала нормативного регулирования для управления рынком поставщиков медицинских услуг или рынком страховщиков либо обоими этими рынками;
- действия, направленные на повышение прозрачности и подотчетности в секторе, включая более широкое участие и бóльшую осведомленность получателей помощи;
- совершенствование правил и систем управления государственными финансами для обеспечения более стабильного и своевременного движения средств, их эффективного использования, соотнесения с предлагаемыми реформами в области финансирования здравоохранения, в частности реформами, касающимися оплаты поставщикам медицинских услуг, а также для ведения надлежащего учета, отчетности и мониторинга;
- в стратегии должны также быть представлены следующие шаги и дополнительные действия, цель которых – повышение эффективности ее осуществления (в стратегии достаточно только обозначить последующие шаги, а не осуществлять их). Например, такие шаги могут включать:
  - разработку плана осуществления стратегии финансирования здравоохранения, включая последовательность проведения реформ;
  - повышение осведомленности населения и активное обсуждение в целях обеспечения хорошего понимания сути изменений и их поддержки всеми основными участниками;
  - выполнение анализа заинтересованных сторон для выявления потенциальных политических препятствий и возможностей перехода к этапу осуществления, а также выполнение других действий в целях выявления рисков и последующей разработки стратегии сокращения и смягчения их последствий.

3.10. ПЛАН ОЦЕНКИ И МОНИТОРИНГА

Первоначальный план оценки должен быть составлен на базе стратегии с целью использования опыта, приобретаемого в процессе осуществления, обеспечения публичной подотчетности и внесения корректировок по ходу осуществления. Такой план не должен рассматриваться как разовое мероприятие, а должен иметь статус параллельного исследования, сопровождающего процесс осуществления.

- Оценка не сводится к отслеживанию показателей; она предусматривает проведение прикладных политических исследований, направленных на лучшее понимание воздействия проводимых реформ, степени и причин их эффективности.
- Стратегия финансирования здравоохранения должна строиться на наборе гипотез, согласно которым в случае осуществления предлагаемых реформ выявленные причины недостаточной эффективности будут рассмотрены хотя бы частично; план оценки должен вытекать непосредственно из этих гипотез в качестве стержневого элемента стратегии. В том случае, если становится очевидно, что между реформой, рассматриваемой в рамках стратегии, и причинами недостаточной эффективности нет убедительной взаимосвязи, стратегию необходимо пересмотреть.
- Следует рассмотреть как качественный, так и количественный подходы к оценке. В общем случае, статистически репрезентативный количественный анализ занимает больше времени, поэтому необходимо учитывать значение сроков, особенно на ранних этапах осуществления, когда от новых реформ рано ждать ощутимого результата; актуальная и своевременная информация также важна для обоснования оперативных корректировок при осуществлении стратегии, например в случае наступления непредвиденных последствий.
- Предлагаемые методы и обязанности, связанные с исследованиями в области оценки, следует включить в план. В нем будет указано, например, проводится ли оценка своими силами в рамках специальной группы Министерства здравоохранения или внешними подрядчиками, например местными консультантами или независимыми учреждениями.
- Также в план следует включить сведения о публичной подотчетности (например, перед парламентом и гражданским обществом), когда речь идет об уроках, извлеченных из оценочных исследований.

В стратегии финансирования здравоохранения также должны быть установлены показатели для всех задач и реформ, которые потребуется отслеживать во времени в целях оценки прогресса. Такие показатели включают:

- поддающиеся объективной проверке количественные показатели по каждой задаче стратегии (привязанные к целям и промежуточным задачам достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения), подлежащие оценке на регулярной основе (ежегодно, но не упуская из виду, что последствия некоторых мер могут не проявляться на протяжении нескольких лет). Также следует установить целевые параметры для этих показателей;

- там, где это необходимо, следует также определить качественные показатели осуществления реформы. Вместе с количественными показателями они позволят отслеживать прогресс в осуществлении;
- кроме того, следует отметить источник информации по каждому показателю и частоту получения новых данных, а также распределить обязанности по сбору данных для обеспечения взаимодействия между национальным ведомством по статистике и лицами, осуществляющими управление системой информации здравоохранения.

3.11. РАЗВИТИЕ ПОТЕНЦИАЛА

Для спешного осуществления стратегии также необходимо установить конкретные потребности в области развития потенциала, которые должны быть отражены в стратегии. К типичным примерам относятся:

- стратегии по укреплению потенциала политики финансирования здравоохранения;
- навыки проведения прикладных политических исследований (оценки), а также навыки мониторинга и соответствующие системы мониторинга;
- первоочередные цели в области институционального развития, например совершенствование навыков, необходимых для эффективной закупки медицинских услуг;
- взаимосвязи с другими планами развития потенциала, например кадровых ресурсов, в контексте стратегии здравоохранения.

3.12. ВЫВОДЫ

В настоящем разделе обобщаются основные элементы стратегии и способы решения выявленных проблем в рамках каждого из элементов, а также, соответственно, описывается вклад стратегии в достижение целей обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

4. ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ КОНЦЕПЦИИ И КОНТЕКСТ

Данный раздел дает более широкое представление о различных элементах стратегии финансирования здравоохранения, описанной в главе 3.

РАЗДЕЛ 1:

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ, ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ЗАДАЧИ

4.1. КАК ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ВСЕОБЩЕМУ ОХВАТУ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ЗАДАЧИ И КОНЕЧНЫЕ ЦЕЛИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОХВАТА

Идеи и подход, представленные в настоящем справочном руководстве, основываются на стратегической программе финансирования здравоохранения ВОЗ, рассмотренной ранее и более подробно изложенной в других документах[11,12]. Прежде всего, конкретные цели политики заложены в определении всеобщего охвата услугами здравоохранения, который означает, что все люди получают необходимые им услуги (представлено ниже на рис. 3 как «соотношение уровня фактического объема потребленных медицинских услуг и потребности в услугах», а в других разделах – как «справедливое использование услуг»), финансовое обеспечение и финансовую справедливость, а также надлежащее качество услуг.

Ключевой вопрос стратегии финансирования здравоохранения (и стратегии реформирования системы здравоохранения в целом) заключается в том, как и в какие сроки должны меняться механизмы финансирования здравоохранения в стране (т. е. политика сбора и объединения средств, закупок,

11 Kutzin, J (2013). “Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy.” [Финансирование здравоохранения для достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения и эффективности системы здравоохранения: концепции и последствия для политики]. Bulletin of the World Health Organization 91(8):602- 611. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/

12 Kutzin, J (2001). “A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements.” [Описательные рамки странового анализа механизмов финансирования медицинских услуг]. Health Policy 56(3):171-204.

Рисунок 3. Политика финансирования здравоохранения и всеобщий охват услугами здравоохранения: пути осуществления



предоставления льгот и общее управление системой) для достижения быстрого прогресса в реализации конечных целей обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Реформы в области политики финансирования здравоохранения могут напрямую влиять на достижение этих целей, но они оказывают также и косвенное влияние за счет решения промежуточных задач справедливого распределения ресурсов, эффективности, прозрачности и подотчетности, как показано на рис. 3.

Не существует какой-то одной модели или образца разработки реформ в области финансирования здравоохранения, направленных на содействие достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Тем не менее конечные цели и промежуточные задачи обеспечения всеобщего охвата, индивидуально или в совокупности, должны направлять реформы финансирования здравоохранения и содействовать их продвижению, тогда как принципы, описанные на вставке 1, задают «вехи», основанные на фактических данных и необходимые для обеспечения продвижения реформ в интересах достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

4.2. ОСНОВНЫЕ КОНТЕКСТУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Реформы финансирования здравоохранения предполагают изменение механизмов и архитектуры финансирования здравоохранения, а также приток средств

из источников поступлений в пользу получателей услуг. Соответственно, стратегия финансирования здравоохранения нуждается в пересмотре существующих механизмов для выявления серьезных проблем и определения мер, направленных на их решение. В то же время целесообразность осуществления определенных мер, а также возможные результаты реформ финансирования здравоохранения будут зависеть от ряда контекстуальных факторов, которые могут рассматриваться как внешние для системы здравоохранения. Многие из этих факторов определяются условиями конкретной страны (например, тип политической системы, плотность населения), другие имеют относительно общий характер в том плане, что такие факторы возникают почти во всех странах, и должны учитываться при выполнении анализа ситуации. В частности, три из них упоминаются в WHO's Health Financing Country Diagnostic [Оценка состояния национальной системы финансирования в области здравоохранения][13]: бюджетный потенциал, структура государственной администрации и правила управления государственными финансами. Основные проблемы по каждому фактору кратко изложены ниже.

- **Бюджетный потенциал:** способность правительства увеличивать государственные расходы на здравоохранение зависит как от степени приоритетности проблем здравоохранения при принятии решений о распределении средств, так и от общего уровня государственных расходов. На первое из этих условий могут повлиять органы здравоохранения благодаря их способности обосновывать необходимость выделения большего объема имеющихся государственных средств. Второе условие контекстуально, зависит от таких факторов, как национальный доход, налоговый потенциал, уровень долга и дефицит бюджета. Лицам, участвующим в разработке стратегии финансирования здравоохранения, необходимо тесно взаимодействовать с национальными финансовыми органами для обеспечения соответствия между сценариями распределения государственных расходов на здравоохранение, использованными в стратегии, и прогнозом расходования государственных средств из бюджета в целом[14], а также для согласования с финансовыми органами предложений в отношении новых механизмов для сбора средств.

13 McIntyre, D and J Kutzin (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development [Оценка состояния национальной системы финансирования в области здравоохранения: основа развития национальной стратегии]. WHO/HIS/HGF/Technical Report/16.1. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/tools/diagnostic

14 В идеальном случае эти ресурсы имеются внутри страны и могут быть запрошены у Министерства финансов и включены в документ, посвященный многолетнему планированию, такой как среднесрочная рамочная программа расходов и бюджетного планирования. Существуют также соответствующие внешние источники данных, предоставляющие прогнозы ключевых экономических переменных, включая ВВП и государственные доходы, прежде всего База данных всемирных экономических прогнозов Международного валютного фонда (МВФ) (https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/02/weodata/weoselgr.aspx) или последние доклады о консультациях по странам в соответствии со статьей IV МВФ (http://www.imf.org/en/Publications/Search?subject=Article+IV+consultation+reports)

В то время как Министерство здравоохранения не отвечает за общую налоговую политику, политику в области доходов и заимствований, существует ряд ресурсов, которые могут помочь лицам, работающим над стратегией финансирования здравоохранения, наладить более эффективное сотрудничество с коллегами из финансовых органов[15,16,17,18,19]. Этот диалог имеет огромное значение, поскольку укрепление бюджетного потенциала потребуется во многих ситуациях для осуществления устойчивых реформ финансирования здравоохранения в целях обеспечения всеобщего охвата услугами.

- **Структура государственной администрации:** все страны распределяют ответственность за принятие решений и их осуществление в той или иной степени между различными уровнями системы государственного управления. Степень децентрализации или федерализма и виды решений и действий, в отношении которых это применимо, также рассматриваются как факторы, внешние для сектора, но имеют важные последствия для реформ финансирования здравоохранения. Например, в условиях, когда бóльшая часть государственных доходов собирается централизованно, но полномочия по расходованию средств переданы на местный уровень, основной вопрос финансирования здравоохранения – и, в частности, политики объединения средств – заключен в определении механизма, используемого для распределения этих доходов по субнациональным потребительским единицам. В более общем плане для стратегии финансирования здравоохранения чрезвычайно важно хорошо понимать, какие именно решения и действия относятся к конкретному уровню государственной администрации и как это влияет на задачи в области политики здравоохранения, такие как справедливое распределение государственных расходов в расчете на душу населения по административно-территориальным единицам страны. Даже если сектор здравоохранения не может оказывать непосредственного влияния на такие общеправительственные решения, понимание общих правил может оказаться полезным при разработке секторальной политики для смягчения некоторых последствий и в более общем плане – для обеспечения осуществимости предложений по реформе финансирования здравоохранения в рамках существующей системы государственной администрации.

15 Durairaj V, Evans DB. 2010. Fiscal space for health in resource-poor countries [Бюджетно-финансовые возможности в области здравоохранения в бедных ресурсами странах]. Geneva: World Health Organization, World Health Report 2010, Background Paper No. 41.

16 Heller P. 2006. The Prospect of Creating 'Fiscal Space' for the Health Sector [Перспектива создания бюджетно-финансовых возможностей для сектора здравоохранения]. Health Policy and Planning 21(2): 75-79.

17 Tandon A. Cashin Ch. 2010. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective [Оценка государственных расходов на здравоохранение с точки зрения финансово-бюджетных возможностей]. Health, Nutrition and Population Discussion paper. World Bank.

18 Clements BJ, Coady D, Gupta S. 2012. The economics of Public Health Reform in Advanced and Emerging Economies [Экономика реформирования государственного здравоохранения в странах с развитой и формирующейся рыночной экономикой]. Washington DC. International Monetary Fund.

19 Barroy, H, S Sparkes, E Dale (2016). Assessing fiscal space for health expansion in low- and middle-income countries: a review of the evidence [Оценка финансово-бюджетных возможностей для расширения деятельности в области здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода: рассмотрение доказательств]. WHO/HIS/HGF/HFWorking Paper/16.3. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/documents/assessing-fiscal-space/

– **Управление государственными финансами:** успешное осуществление реформ финансирования здравоохранения будет зависеть от организации и управления государственными финансами на национальном и субнациональном уровнях. Предлагаемые реформы должны соответствовать существующим законам и постановлениям о государственном финансировании или могут потребовать внесения изменений в порядок управления государственными финансами, например применительно к степени финансовой автономии, предоставленной местным органам самоуправления или медицинским учреждениям. Во многих случаях серьезную проблему представляет согласование реформ, направленных на осуществление ориентированных на результат стратегических закупок, в рамках которых правила управления государственными финансами в части формирования бюджета и контроля за расходами на протяжении долгого времени обусловливали использование метода сметного бюджетирования с жестким обоснованием расходов в условиях очень ограниченной автономии государственных поставщиков медицинских услуг и ограниченных возможностей привлечения негосударственных поставщиков медицинских услуг, функционирующих за счет государственных средств. В ином случае низкий уровень исполнения бюджета налагает ограничения на объемы государственного финансирования даже в большей степени, чем низкий уровень бюджетных ассигнований. Как и в случае бюджетного потенциала, тесное взаимодействие органов здравоохранения и финансов имеет большое значение для устранения «узких мест» в вопросах управления государственными финансами, которые могут сказываться и на работе правительства в целом, но создают особые сложности для сектора здравоохранения[20,21,22,23].

4.3. ПОСТАНОВКА ЗАДАЧ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА КОНКРЕТНУЮ СТРАНУ

Следующим шагом после диагностики работы системы здравоохранения является постановка **задач, ориентированных на конкретную страну**, с учетом проблем эффективности, стоящих перед ее системой здравоохранения. Этот этап имеет большое значение для подготовки стратегии финансирования

20 World Health Organization (2016): Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs. Joint report of the Health Systems Governance and Financing Department WHO Headquarters and the Health Systems Strengthening Department of the WHO Regional Office for Africa [Государственное финансирование здравоохранения в Африке: от Абуджи до ЦУР. Совместный доклад Департамента стратегического руководства и финансирования систем здравоохранения штаб-квартиры ВОЗ и Департамента укрепления систем здравоохранения Регионального бюро ВОЗ для стран Африки]. WHO/HIS/HGF/Tech.Report/16.2. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/documents/public-financing-africa/.

21 Andrews, M, M Cangiano, N Cole, P de Renzio, P Krause, R Seligmann (2014). This is PFM [Это управление государственными финансами]. CID Working Paper No.285. Cambridge, Massachusetts: Center for International Development at Harvard University. https://www.hks.harvard.edu/centers/cid/publications/faculty-working-papers/pfm

22 Веб-страница ВОЗ, посвященная вопросам управления государственными финансами и здравоохранения, с описаниями и гиперссылками (на англ. языке): http://www.who.int/health_financing/topics/public-financial-management/

23 Веб-страница Всемирного банка, посвященная вопросам управления государственными финансами, с описаниями и гиперссылками (на англ. языке): http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPUBLICSECTORANDGOVERNANCE/0,,contentMDK:23090543~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:286305,00.html

здравоохранения, поскольку именно он закладывает основу для выработки детальных программных мер по устранению выявленных проблем эффективности и причин их возникновения. Четкая связь между диагностикой проблем, постановкой конкретных приоритетных задач и последующей выработкой подробной стратегии играет ключевую роль в совершенствовании общей работы системы здравоохранения. В идеальном случае задачи должны быть достаточно конкретными для того, чтобы обеспечить их **измеримость** и возможность отслеживания их выполнения во времени в рамках процесса мониторинга.

Цели и промежуточные задачи обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения рассматриваются в более широком контексте и остаются неизменными во времени во всех странах. В случае их использования в качестве категорий или контрольного списка, обеспечивающего полноту, они могут способствовать постановке задач, ориентированных на конкретную страну. Так, например, страновая задача может заключаться в повышении уровня использования амбулаторной помощи на душу населения в сельских районах до 10% от уровня, существующего в городских районах в течение пятилетнего периода. Эта задача вписывается в общую цель обеспечения всеобщего охвата, которая касается более справедливого использования услуг и в то же время связана с проявлением характерной для страны проблемы – в данном случае проблемы географических диспропорций.

Объяснение *причин* выбора конкретных задач для включения в стратегию страны и *способов* ожидаемого улучшения работы системы здравоохранения за счет решения этих задач играет важную роль в обеспечении большей надежности стратегии и доведения ее до сведения заинтересованных лиц. Использование данных, полученных в результате оценки работы системы здравоохранения или на основе международного опыта, придаст стратегии бóльшую структурированность и убедительность. Аналогичным образом, выявление потенциальных рисков и неблагоприятных последствий также служит укреплению стратегии, особенно если включить в нее соображения о способах смягчения последствий таких проблем в случае их возникновения.

РАЗДЕЛ 2:
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ МЕРЫ

Следующим шагом должна стать выработка стратегических мер, которые должны привести к совершенствованию системы здравоохранения в соответствии с приоритетными задачами, ориентированными на конкретную страну. В нижеследующих пунктах мы рассмотрим подход ВОЗ к политике финансирования здравоохранения, основополагающие концепции и каждую из функций финансирования здравоохранения, которые мы предлагаем использовать в качестве основы для определения мер. Речь на всем протяжении идет об общих проблемах, стоящих перед странами.

Рисунок 4. Получение дохода: источники поступлений и механизмы взносов



4.4. СБОР СРЕДСТВ: ИСТОЧНИКИ ПОСТУПЛЕНИЙ И МЕХАНИЗМЫ ВЗНОСОВ

Важно прежде всего определить ведомства, ответственные за сбор средств, способы уплаты взносов и первоначальные источники финансирования. Помимо поступлений из-за рубежа (например, внешних донорских средств) и поступлений от эксплуатации природных ресурсов[24], принадлежащих государству (например, нефти, газа, алмазов), население является главным источником финансирования системы, будь то в форме прямых платежей за услуги из личных средств граждан, страховых взносов или налогов, уплачиваемых государству частными лицами и компаниями. Однако особое внимание уделяется используемым механизмам сбора средств, поскольку именно с ними связано большинство стратегических соображений, особенно касающихся вопросов справедливости. Обзор основных источников поступлений и механизмов взносов представлен на рис. 4.

Классификация механизмов взносов основывается на важных принципиальных различиях, описанных в одной из глав 2011 System of Health Accounts [Системы счетов здравоохранения 2011 г.], посвященной «поступлениям от финансовых схем»[25].

24 Доходы, полученные от эксплуатации природных ресурсов, не являются как таковые способом уплаты взносов, но остаются в некоторых странах важным источником государственного финансирования.

25 OECD, EU, WHO. 2011a. Classification of the revenues of health financing schemes. A System of Health Accounts [Классификация поступлений в программы финансирования здравоохранения. Система счетов здравоохранения]. 2011 Edition: 195-203.

i) **Внутренние и внешние источники поступлений.** Большинство стран, включая бóльшую часть стран с низким и средним уровнем дохода, полагаются главным образом на внутренние поступления, в связи с чем страновой анализ и разработка задач и стратегий должны быть сосредоточены преимущественно на системе внутреннего финансирования. Однако в тех странах (главным образом с низким уровнем дохода), где важную роль играют иностранные источники (включая те из них, где такие поступления являются главным источником финансирования системы здравоохранения), анализ и политика, связанные с объемом, движением и использованием средств из внешних источников, должны быть прописаны в стратегии, включая риски вероятного изменения объемов такого финансирования. Это сложная задача, так как внешние гранты отличаются непредсказуемостью, которая объясняется тем, что многие доноры не могут брать на себя долгосрочные обязательства. В связи с этим необходимо делать разумные допущения, основанные на оценке тенденций и результатах переговоров с главными донорами. Выполнение анализа также может стать полезной отправной точкой для начала диалога с международными финансовыми учреждениями.

ii) **Источники поступлений по схеме предварительной оплаты и платежей из личных средств граждан.** Схема предварительной оплаты означает, что взносы, уплачиваемые частными лицами, будь то в государственные или частные программы, производятся не на момент использования услуги, а ранее, как правило, до момента возникновения потребности обратиться за медицинской помощью. Они могут принимать форму различных видов налогов и обязательных или добровольных взносов в фонды медицинского страхования. Они отличаются от платежей из личных средств граждан, которые, напротив, производятся в момент обращения за медицинской помощью.

iii) **Государственные (обязательные) и частные (добровольные) источники средств.** С точки зрения политики финансирования здравоохранения представляется целесообразным уравнять государственные источники с обязательными, поскольку и те, и другие не только работают по схеме предварительной оплаты, но и предусматривают уплату взносов в обязательном порядке, а следовательно, для них не характерна проблема неблагоприятного отбора[26], от которой страдают рынки добровольного медицинского страхования. «Обязательный» в этом смысле не означает, что частные лица обязаны уплачивать прямые взносы в фонд медицинского страхования. Это означает только, что источником поступлений являются либо средства, широко признаваемые как налоговые поступления (например, от уплаты подоходного налога, налога на добавленную стоимость), или обязательные взносы (например, требование обязательной покупки

26 Akerlof, G (1970). "The market for "lemons": quality uncertainty and the market mechanism." [Рынок для «лимонов»: неопределенность качества и механизм рынка]. Quarterly Journal of Economics 84(3):488–500.

полиса медицинского страхования)[27]. Добровольные источники могут работать по схеме предварительной оплаты (добровольная покупка полиса медицинского страхования) или прямых платежей из личных средств граждан в момент обращения за медицинской помощью.

Налогообложение представляет собой широкую категорию, внутри которой имеет смысл провести дальнейшее разделение на прямые и косвенные налоги. Прямые налоги взимаются с частных лиц и компаний напрямую, как в случае с подоходным налогом (частных лиц или налогом на прибыль корпораций) или налогом на заработную плату (термин, используемый экономистами в сфере государственных финансов для обозначения обязательного взноса, обычно взимаемого с работодателей и работников по программе социального медицинского страхования). Косвенные налоги взимаются в рамках купли-продажи товаров и услуг, как в случае с налогом на добавленную стоимость и акцизными сборами (на табак или алкоголь).

Еще одно важное стратегическое различие проводится между *целевыми* средствами, предназначенными для нужд здравоохранения, и поступлениями, которые могут использоваться произвольно. Порядок использования целевых средств устанавливается до момента их сбора. Например, целевые налоги на транспортные средства могут обеспечивать поступления, достаточные для покрытия расходов на медицинскую помощь при дорожно-транспортных происшествиях. В качестве другого примера можно привести взимаемый в Гане НДС, направляемый на поддержку Национального фонда медицинского страхования. Следует отметить, что еще одной формой целевого налога являются взносы по программе социального медицинского страхования (налоги на заработную плату). Дискреционные поступления не имеют определенного назначения и передаются в общий государственный фонд, средства из которого распределяются ежегодно в рамках очередного процесса финансово-бюджетного планирования.

Как отмечалось выше, **частные (добровольные) источники** могут работать по схеме предварительной оплаты или в момент обращения за медицинской помощью. Добровольные взносы по схеме предварительной оплаты могут вноситься в разные страховые фонды, независимо от структуры владения и управления. В то время как распространенные формы добровольного медицинского страхования (ДМС) обслуживаются частными компаниями на коммерческой или некоммерческой основе, существуют примеры ДМС, которые находятся в управлении неправительственных организаций, участников программы или сообщества. Более того, существуют примеры схем ДМС, находящихся в ведении и управлении государства. Схема добровольной предварительной оплаты отличается не структурой владения или организационной формой фонда ДМС, а тем, что решение о предоплате принимается не по требованию государства, а по собственному решению частных лиц или компаний.
Еще один механизм внесения частных

27 Следует отметить, что хотя требование государства в отношении покупки обязательного полиса медицинского страхования без установления конкретной ставки взноса также является обязательным механизмом, аналогичным уплате налога с точки зрения медицинского полиса, оно не может рассматриваться финансовыми органами страны или МВФ как элемент финансово-бюджетных возможностей.

добровольных платежей на медицинские нужды заключается в схеме *предварительной оплаты* в момент предоставления услуг. Такие платежи из личных средств граждан могут принимать разные формы, при этом может быть полезна следующая классификация.

- **Официальное участие пациентов** в оплате медицинского обслуживания, которое иногда называют платой за обслуживание, соплатежами, участием в страховании или франшизой. Эти платежи предусмотрены условиями государственных или частных программ финансирования[28].
- **Неформальные платежи**, которые представляют собой платежи, осуществляемые в момент (или непосредственно до) предоставления услуг, и которые превышают суммы, предусмотренные к оплате по официальным программам участия в оплате. К ним относится так называемая оплата медицинским работникам «в конверте», а также оплата (или покупка) членами семьи ресурсов, необходимых для ухода за пациентами, которые должны быть предоставлены системой, таких как лекарства, хирургические принадлежности, обеспечение питанием и непосредственный медицинский уход.
- **«Сугубо частные»** платежи из личных средств граждан за услуги и ресурсы, в отношении которых не предусмотрен вариант предварительной оплаты. Варианты таких платежей включают оплату услуг частного врача или покупку лекарств, при условии что они не подпадают под действие механизма предварительной оплаты.

Роль внутренних частных источников, таких как плата за обслуживание и добровольная предварительная оплата, должна быть принята во внимание как с точки зрения их возможного влияния на будущие поступления, так и в плане их последствий для решения стратегических задач.

Разнесение источников финансирования и механизмов взносов по этим параметрам представляется целесообразным для классификации способов финансирования системы здравоохранения. Различные механизмы имеют документально подтвержденные последствия в отношении задач политики в области здравоохранения[29,30]. Решения о внесении изменений в механизмы сбора средств (расширение, сокращение или внедрение новых источников) должны подкрепляться прогнозами о вероятных путях развития существующих источников государственного финансирования

28 Такие платежи считаются добровольными, даже если потребители медицинских услуг обязаны производить их в соответствии с правилами конкретной программы финансирования здравоохранения. Разница с налогом на заработную плату заключается в том, что такой налог закреплен законодательно и взимается со всех налогоплательщиков, подпадающих под требование о его уплате (например, со всех бывших работников сектора и их работодателей). Соплатежи или плата за обслуживание могут быть предусмотрены законом, но если человек не пользуется услугой, ему не требуется за нее платить.

29 McIntyre, D and J Kutzin (2011). "Revenue collection and pooling arrangements in financing." [Механизмы сбора и объединения средств в финансировании]. In Smith, RD and K Hanson, eds. Health Systems in Low and Middle Income Countries: an Economic and Policy Perspective [Системы здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода: экономические и политические перспективы]. Pp 77-101. Oxford, UK: Oxford University Press.

30 Jowett, M and J Kutzin (2015). Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers [Сбор средств на здравоохранение в поддержку обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения: стратегические вопросы для директивных органов]. Health Financing Policy Brief No.1. WHO/HIS/HGF/Policy Brief/15.1. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/documents/revenue_raising/

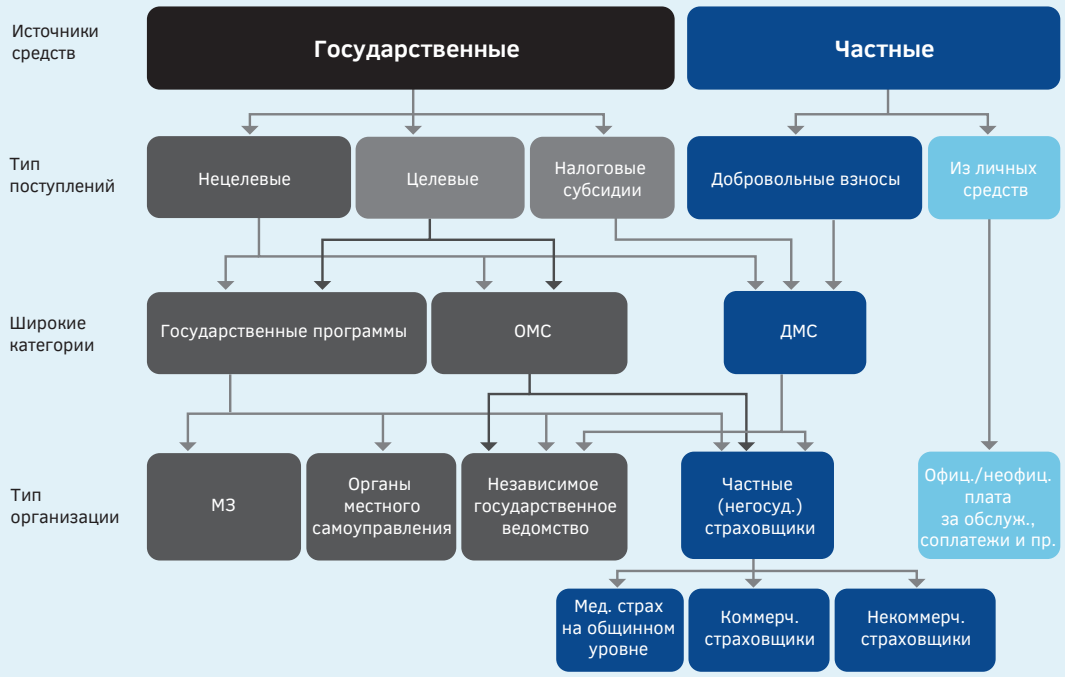
на протяжении следующих 5–10 лет (см. обсуждение бюджетного потенциала в предыдущем разделе), а также оценками потребностей развивающегося сектора здравоохранения на соответствующий период. При наличии оцененного плана сектора здравоохранения или среднесрочной рамочной программы расходов они могут лечь в основу оценки будущих потребностей. Процесс неизбежно будет иметь несколько итераций, что связано с необходимостью согласовать сценарии получения выручки с оценкой потребностей. При этом следует всячески избегать соблазна свести процедуру к «восполнению пробелов» в бухгалтерии, поскольку это может создать ошибочное впечатление, что проблемы финансирования здравоохранения могут быть разрешены только за счет обеспечения целевого показателя поступлений, тогда как имеющиеся данные свидетельствуют о том, что страны со сходными показателями расходов достигают различного прогресса на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения[31]. Сосредоточенность исключительно на достижении целевых показателей расходов не только дезориентирует, но и может привести к тому, что важнейшие реформы в области объединения средств и закупок, которые, вероятно, будут иметь гораздо большее значение для развития системы в долгосрочной перспективе, останутся без должного внимания.

В целом важно проанализировать, какой дополнительный объем поступлений может быть получен из новых источников, а также, опираясь на такие более широкие критерии, как эффективность, оценить себестоимость сбора средств, их стабильность во времени (важный фактор в контексте процесса планирования), насколько они соразмерны, т. е. какова вероятность того, что они лягут тяжелым бременем на более богатые или более бедные домохозяйства, и не приведут ли они к вероятным неблагоприятным (например, к искажению рынка труда) или благоприятным (например, к снижению потребления таких вредных продуктов, как табачные изделия и алкоголь) последствиям.

Возможность практической реализации выбранного подхода также является важным соображением при внесении предложений относительно новых источников поступлений в рамках стратегии финансирования здравоохранения. Как отмечалось ранее в разделе о фискальном контексте, Министерство здравоохранения не принимает окончательного решения по таким вопросам, что говорит о важности привлечения основных заинтересованных сторон, таких как Министерство финансов или таможенное и налоговое управление, для оценки их готовности предложить новые источники финансирования, такие как целевые налоги. На основе анализа потенциального объема поступлений от нового целевого налога (который должен быть уравновешен признанием того факта, что поступления нельзя оценивать посредством простого сложения) правительство может принять решение о сокращении части дискреционных поступлений, выделяемых на нужды

31 Jowett, M, M Petro Brunal, G Flores, J Cylus (2016). Spending targets for health: no magic number [Целевые показатели расходов на здравоохранение: никакой магии]. WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1.Geneva:WorldHealthOrganization. http://www.who.int/health_financing/documents/no-magic-number/.

Рисунок 5. Общие доходы из источников, поступающие в распоряжение организаций, отвечающих за их объединение



сектора здравоохранения, в ответ на появление нового целевого источника[32]. Таким образом, чрезвычайно важно, чтобы даже в тех случаях, когда стратегия предусматривает использование нового источника средств, основное внимание (и взаимодействие с национальными финансовыми органами) уделялось по-прежнему главному – общему объему государственного финансирования, на которое может рассчитывать сектор здравоохранения.

Процесс разработки стратегии финансирования здравоохранения должен включать процесс оценки возможностей, в котором будут учтены все эти соображения.

4.5. ОБЪЕДИНЕНИЕ СРЕДСТВ

В самом общем смысле объединение средств означает накопление поступлений, полученных по схеме предварительной оплаты, от имени населения. Объединением средств на медицинское обслуживание занимается широкий круг государственных и частных ведомств, включая национальные министерства здравоохранения, их децентрализованные органы управления, местные органы самоуправления, фонды социального медицинского страхования, частные коммерческие и некоммерческие страховые фонды, НПО и местные организации. Общая схема объединения средств представлена на рис. 5.

Как показано на рис. 5, разница между государственными и частными источниками поступлений необязательно

32 С дополнительной информацией о целевых поступлениях на нужды здравоохранения можно ознакомиться на сайте (на англ. языке): http://www.who.int/health_financing/topics/earmarking-revenues-for-health/.

соответствует разнице между государственными и частными ведомствами, занимающимися объединением средств; аналогичным образом, агентства социального медицинского страхования, помимо поступлений от уплаты налога на заработную плату, могут получать (и часто получают) средства из общих налоговых поступлений. Можно говорить о значительном и растущем числе стран, в которых произошел разрыв прямой связи между механизмом сбора средств (например, за счет взносов из фонда заработной платы) и механизмом их объединения[33,34], которая часто играет центральную роль при движении к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения[35]. Также существуют примеры ситуаций, при которых правительство полагается на частные ведомства в деле управления финансируемым государством ресурсным пулом, и наоборот – примеры схем добровольной предварительной оплаты, находящихся под управлением государственных ведомств.

Такие «поперечные потоки» демонстрируют разнообразие опыта проведения реформ и представляют собой главную причину, по которой в интересах развития политики финансирования здравоохранения важно проводить различие между сбором и объединением средств[36].

Помимо аспектов организации и продвижения, отображенных на рис. 5, в рамках анализа и разработки политики необходимо также учитывать другие важные аспекты объединения средств:

- обязательное/автоматическое и добровольное участие/охват в пуле;
- один или несколько пулов;
- территориальная обособленность или пересечение;
- конкуренция или монополия;
- конкуренция за клиентов или конкуренция за контракты;
- выбор пула (частным лицом или фирмой) или прикрепление к пулу;
- пулы, в сферу охвата которых входят комплексные пакеты, или разные пулы для разных видов услуг;
- наличие (или отсутствие) механизма перераспределения между пулами.

В соответствии с широким перечнем функций объединение средств может быть довольно сложным процессом, включающим большое число возможных комбинаций. Вместе взятые, они характеризуют то, что можно назвать рыночной структурой объединения средств в стране. Ниже приводится несколько примеров в качестве иллюстрации.

33 Mathauer, I, M Theisling, B Mathivet, I Vilcu (2016). "State budget transfers to health insurance funds: extending coverage in low- and middle-income countries of the WHO European Region." [Переводы средств из госбюджета в фонды медицинского страхования: расширение охвата в странах с низким и средним уровнем дохода в Европейском регионе ВОЗ]. International Journal for Equity in Health 15:57 DOI: 10.1186/s12939-016-0321-0.

34 Vilcu, I, L Probst, D Bayarsaikhan, I Mathauer (2016). "Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable population groups: trends in institutional design in Asia." [Субсидированное медицинское страховое покрытие граждан в неформальном секторе и уязвимые группы населения: тенденции институциональной структуры в Азии]. International Journal for Equity in Health 15:165 DOI: 10.1186/s12939-016-0436-3.

35 Lagomarsino, G, A Garabrant, A Adyas, R Muga, N Otoo (2012). Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia [Движение к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения: реформы в области медицинского страхования в девяти развивающихся странах Африки и Азии]. The Lancet 380(9845):933-943.

36 Это еще одна причина, по которой классические модели прошлого в области финансирования здравоохранения, Beveridge and Bismarck, имеют небольшую техническую ценность для разработки политики финансирования здравоохранения.

- **Канада:** в каждой провинции существует единственный обязательный территориально обособленный финансовый пул, средства из которого покрывают стоимость комплексного пакета льгот для всего населения.
- **Нидерланды:** участие обязательно, население может выбирать поставщика определенного комплексного пакета услуг из числа конкурирующих между собой частных страховых компаний, а также имеет возможность купить дополнительный[37] полис медицинского страхования на добровольной основе. Между пулами действует сложный механизм перераспределения средств.
- **Индия:** финансируемая государством система медицинского страхования, известная как Rashtriya Swasthya Bima Yojana [«Раштрия свастхья бима йоджана»] (RSBY) и предназначенная для домохозяйств с уровнем дохода ниже установленного порога, которые имеют право присоединиться к программе и получить страховое обеспечение на стационарное лечение без участия пациентов в оплате в пределах максимального годового лимита расходов, понесенных системой от имени каждого застрахованного лица. В рамках этой программы частные страховые компании конкурируют за государственный контракт на получение статуса агентства, отвечающего за объединение средств, на всей территории штатов Индии или на определенных географических территориях в границах какого-либо штата.
- **Руанда:** участие в системе медицинского страхования на уровне местных сообществ является обязательным. Местное население прикрепляется к пулам, организуемым в территориально обособленных районах и управляемым местным сообществом. Механизмы перераспределения обеспечивают движение средств между пулами в границах района, между районами и их перенаправление с национального уровня, а также из частных страховых фондов и фондов социального медицинского страхования в национальный пул медицинского страхования на уровне местного сообщества.
- **Кыргызстан:** автоматическое страховое покрытие всего населения за счет национального пула под управлением автономного государственного Фонда обязательного медицинского страхования. Этот Фонд также управляет отдельным пулом, работа которого финансируется страховыми взносами; он обязателен для определенных групп населения и предоставляет дополнительные льготы в форме снижения размера сопла-тежей и пакета лекарственного обеспечения амбулаторных пациентов.

Ведомства, которые занимаются перераспределением средств между пулами (например, распределяя доход страховых фондов от страховых взносов или распределяя бюджетные средства из центра по провинциям и районам), также осуществляют функцию сбора средств. Как и в случае с механизмами взносов, способы объединения средств влияют на задачи политики. Таким образом, понимание действия механизмов объединения средств в системе финансирования здравоохранения необходимо для грамотного анализа и оценки вариантов политики.

37 Страховое покрытие услуг или расходов на поставщиков медицинских услуг, не входящих в систему обязательного страхования.

4.6. ЗАКУПКА УСЛУГ

Закупка означает распределение финансовых ресурсов среди поставщиков медицинских услуг. Три важных соображения для анализа национальных механизмов закупки включают:

- механизмы оплаты поставщикам медицинских услуг;
- структуру рынка для закупочной деятельности;
- организационные механизмы между покупателями и поставщиками медицинских услуг.

Механизмы оплаты поставщикам медицинских услуг. Способ оплаты поставщикам медицинских услуг создает стимулы, влияющие на их поведение. Есть несколько типов платежных механизмов (или методов), которые часто сосуществуют в рамках одной системы или являются частью общего платежного механизма. Важные аспекты механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг включают:

- пассивную и активную / стратегическую закупку;
- ставки оплаты, устанавливаемые до или после использования услуг;
- предварительную и ретроспективную оплату поставщикам медицинских услуг;
- наличие и структуру дополнительных административных механизмов.

С учетом определения закупки, используемого в этом документе, то, что иногда называют активной или – всё чаще – **стратегической закупкой**, может быть определено как перевод средств поставщикам медицинских услуг на основе *информации* о потребностях обслуживаемого населения в медицинской помощи и/или об эффективности деятельности поставщиков медицинских услуг. Пассивная закупка предполагает перевод средств поставщикам медицинских услуг без учета такой информации. Ситуация не может рассматриваться как предложение из разряда «всё или ничего», так как существует множество примеров сочетания пассивного механизма (например, предоставления бюджета или заработной платы на основе нормативных показателей прошлых периодов) со стратегическим элементом (например, дополнительной платы за предоставление таких приоритетных услуг, как квалифицированное родовспоможение, или достижения целевых показателей по детской иммунизации или обследованиям с целью выявления рака шейки матки). Другой способ описания стратегического подхода к закупке заключается в том, что существуют *механизмы, направленные на обеспечение подотчетности поставщиков медицинских услуг* за их деятельность или ее результаты, от которых зависит размер компенсации.

Механизмы оплаты поставщикам медицинских услуг могут характеризоваться как сроками определения платежных ставок, так и сроками фактической оплаты поставщикам медицинских услуг. В большинстве случаев размер оплаты определяется на предварительной основе государством или агентством по закупкам, но бывают случаи, когда поставщики медицинских услуг сами устанавливают цену на свои услуги, а покупатель оплачивает их полностью или частично (как это происходит, например, в соответствии со многими программами медицинского страхования в США).

В большинстве систем используется тот или иной тип механизма предварительного определения стоимости, но при этом сохраняются важные различия в сроках и видах услуг, в отношении которых применяются соответствующие методы оплаты.

К распространенным предварительным методам оплаты поставщикам медицинских услуг относятся:

- сметное бюджетирование;
- глобальный бюджет;
- подушевой принцип оплаты;
- заработная плата.

К распространенным ретроспективным методам оплаты поставщикам медицинских услуг относятся:

- гонорар за услугу;
- оплата за законченный случай.

Эти широкие категории предусматривают возможность значительных различий в способах определения размера оплаты и осуществления механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг. Между этими категориями не установлено четкого разграничения, и критерии, по которым можно было бы однозначно определить степень отнесения закупки к активной или пассивной, отсутствуют. Например, статья расходов или глобальный бюджет больницы, размер которого определяется только на основании количества койкомест или только исходя из размера бюджета за прошлый год плюс (минус) общее для всех увеличение (уменьшение), представляет собой пример пассивной закупки. С другой стороны, бюджет, размер которого определяется на основании результатов деятельности и типологии больных за предыдущий год (например, бюджет, взвешенный по клинико-статистическим группам (КСГ)), предусматривает использование данных о деятельности поставщика медицинских услуг и сложности случаев лечения и, таким образом, считается в большей степени «стратегическим». Аналогичным образом, вознаграждение поставщиков медицинских услуг за каждую предоставленную услугу без учета качества услуг или потребности в них является примером пассивной закупки; плата за услугу при получении четко определенных приоритетных услуг (как во многих примерах «финансирования, определяемого результатами», или «платы за результаты»), можно рассматривать, с другой стороны, как пример активной закупки. Таким образом, крайние проявления предварительного и ретроспективного методов квалифицируются как пассивные; (часто негибкие) бюджеты предыдущих периодов, суммы в которых определяются с упором на вводимые ресурсы, предполагают неуправляемое неограниченное возмещение на основе гонорара за любую заявленную поставщиками медицинских услуг деятельность.

Применительно к **ретроспективным методам оплаты поставщикам медицинских услуг** большое значение имеет вид услуги, за которую производится плата. Для оплаты стационарной помощи многие страны используют метод оплаты по законченному случаю, обычно на основе той или иной формы КСГ. Этот метод отличается от метода оплаты каждой услуги, предоставленной отдельно (гонорар за услугу), или от таких «промежуточных методов», как плата за день пребывания в стационаре. Главная отличительная черта этих методов – это степень того, насколько услуга, за предоставление которой вознаграждаются поставщики медицинских услуг,

комбинируется с другими услугами. Например, вознаграждение за каждую предоставленную услугу свидетельствует о раздельном механизме оплаты, тогда как плата за день пребывания в стационаре или за госпитализацию представляет собой всё более комплексные механизмы. В целом, чем выше степень комбинирования услуг, тем бóльшая доля финансового риска переносится с покупателя на поставщика медицинских услуг.

С точки зрения стимулов, возникающих при использовании различных методов оплаты, предварительные методы, как правило, повышают эффективность контроля за расходами (покупателя), но не оказывают положительного влияния на производительность или скорость реагирования на нужды пациентов. В то же время, ретроспективные методы способны повысить скорость реагирования на нужды потребителей услуг, но стимулируют поставщика медицинских услуг оказывать больше услуг в ущерб контролю за расходами и могут привести к росту фальсификаций в отчетности о деятельности. Оплата по законченному случаю вводит некоторые ограничения, определяя сумму, которую получит больница независимо от срока госпитализации или ресурсов, предоставленных пациенту. При этом сохраняется стимул к увеличению числа пациентов, а также стимул сэкономить на ресурсах, предоставляемых в рамках каждого отдельного случая лечения[38].

Как следствие, страны часто применяют смешанные методы оплаты и дополнительные административные механизмы для сдерживания потенциально вредного воздействия стимулирующих платежей. К ним относятся усилия по проверке достоверности предоставляемой поставщиком информации, а также проверки, призванные убедиться в том, что стимулы к экономии средств не влияют на качество лечения пациентов. В рамках стратегии финансирования здравоохранения следует также признать, что реформа механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг не сводится к принятию единичного решения. Напротив, необходимо ввести процедуру регулярного пересмотра и корректировки методов оплаты, с тем чтобы обеспечить своевременное реагирование на изменение обстоятельств[39]. Существуют обширные справочные материалы в поддержку политики и осуществления реформ оплаты поставщикам[40,41,42].

38 Ellis, RP (1998). “Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins.” [Сливки, экономия, демпинг: конкуренция поставщиков медицинских услуг за интенсивную и экстенсивную маржу]. Journal of Health Economics 17(5):537-555.

39 Langenbrunner, J, E Orosz, J Kutzin, M Wiley (2005). “Purchasing and paying providers.” [Закупки и оплата поставщикам медицинских услуг]. In Figueras, J, R Robinson, E Jakubowski, eds. Purchasing to Improve Health Systems Performance [Закупка для совершенствования работы систем здравоохранения]. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, England: Open University Press.

40 Cashin, C, ed. (2015). Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage [Оценка систем оплаты поставщикам медицинских услуг: практическое руководство для стран, стремящихся к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения]. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. http://www.jointlearningnetwork.org/resources/assessing-health-provider-payment-systems-a-practical-guide-for-countries-w.

41 Langenbrunner, JC, C Cashin, S O’Dougherty(2009). Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals [Разработка и реализация систем оплаты поставщикам услуг здравоохранения: практические руководства]. Washington, DC: The World Bank. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13806.

42 Özaltın, A, and C Cashin, eds. (2014). Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions [Расчет стоимости оплаты поставщикам медицинских услуг: практическое руководство, составленное с учетом национальных проблем оценки стоимости, компромиссов и решений]. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. http://www.jointlearningnetwork.org/resources/costing-of-health-services-for-provider-payment-a-practical-manual.

Структура рынка. Аналогичные проблемы в области объединения средств возникают потому, что в большинстве стран одни и те же ведомства отвечают одновременно за объединение средств и услуги закупки. Однако последствия этого явления различны и касаются существующих и возможных будущих способов, при помощи которых покупатель или покупатели могут создавать финансовые стимулы для поставщиков медицинских услуг. В случае когда поставщик медицинских услуг получает оплату от нескольких органов, ответственных за закупки, каждый из которых пользуется своим методом, согласование стимулов поощрения желательного поведения может оказаться профанацией, поскольку у поставщиков медицинских услуг есть возможность перераспределять расходы между покупателями (как, например, в Соединенных Штатах Америки)[43]. Кроме того, в том случае если информационные системы, содержащие сведения об оплате поставщикам медицинских услуг, не являются едиными для всех покупателей, на учреждения поставщика медицинских услуг ложится дополнительная административная нагрузка, которая, в свою очередь, снижает эффективность всей системы здравоохранения. Таким образом, понимание структуры рынка закупок имеет чрезвычайное значение для анализа условий стимулирования и их влияния на поведение поставщика[44]. На рис. 6 представлен обзор закупок с примерами распространенных методов оплаты поставщикам медицинских услуг и структуры рынка агентств по закупкам.

Организационные механизмы: покупатель – поставщик медицинских услуг. Весьма важным представляется вопрос о том, должны ли поставщики медицинских услуг быть организационно отделены от агентств по закупкам или интегрированы с ними. При рассмотрении этого вопроса представляется целесообразным определить меру текущей автономности поставщиков медицинских услуг (особенно государственных) с точки зрения их внутренних процессов распределения ресурсов. Во многих случаях, когда и покупатели, и поставщики медицинских услуг представляют собой государственные бюджетные структуры, их автономия ограничена и говорить о разделении нет оснований. В таком контексте усилия, направленные на повышение эффективности посредством изменения системы стимулирования поставщиков медицинских услуг в рамках платежных реформ, могут оказаться безрезультатными в связи с тем, что поставщики медицинских услуг не имеют возможности реагировать на новые стимулы (например, принимать решения, касающиеся кадровых ресурсов). Это пример рассогласованности механизмов финансирования и поставок; обеспечение согласованности имеет большое значение для эффективной стратегии финансирования здравоохранения. Соответствующие реформы обычно предполагают большую автономию государственных поставщиков медицинских услуг в отношении внутреннего управления своими ресурсами, а также изменение порядка их подотчетности за результаты деятельности. Как показывает опыт, такая реформа часто

43 Fahs, MC (1992). Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: the other side of the coin [Врачебный ответ на программу совместного участия Объединенного союза шахтеров: другая сторона медали]. Health Services Research 27(1):25-45.

44 Еще один важный аспект касается механизмов управления, в частности в агентствах по государственным/обязательным закупкам. Этот вопрос обсуждается ниже в разделе, посвященном стратегическому руководству.

Рисунок 6. Обзор структуры рынка закупок и формы расчета с поставщиками медицинских услуг



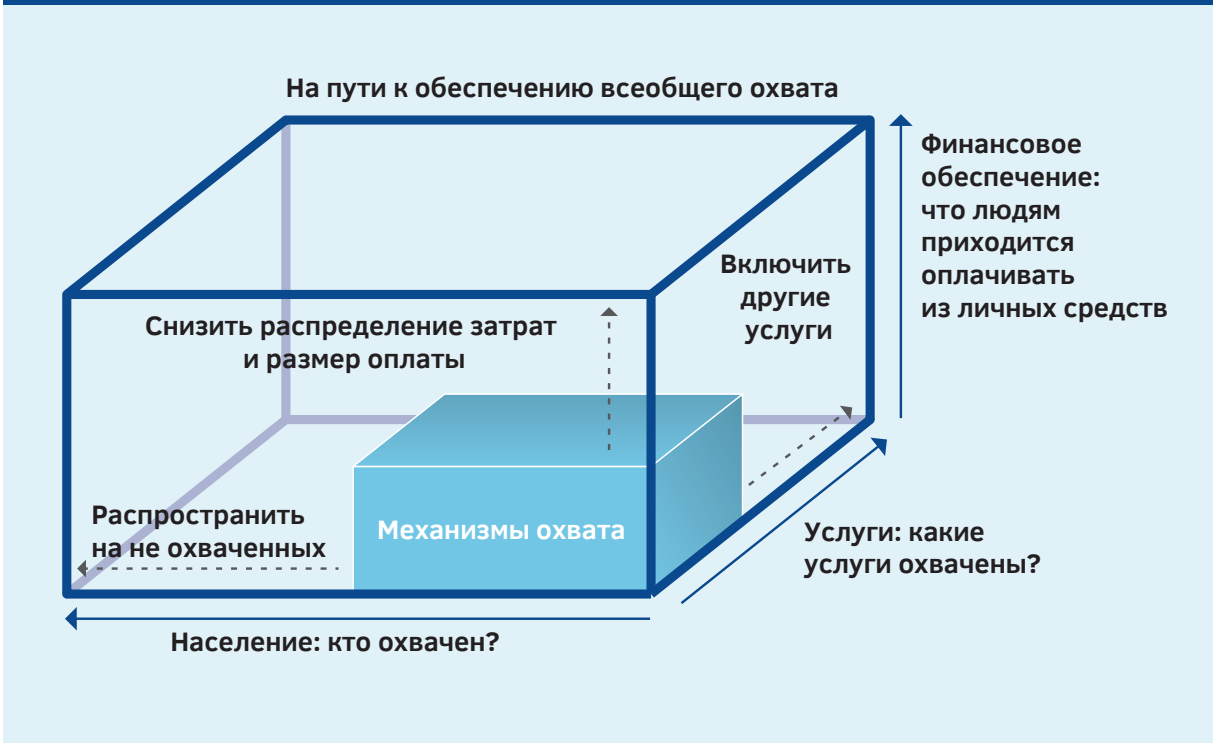
подразумевает существенные правовые изменения, призванные создать условия для движения вперед.

4.7. СИСТЕМА ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ, МЕХАНИЗМЫ НОРМИРОВАНИЯ И ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Любая система финансирования здравоохранения предполагает, прямо или косвенно, наличие политики предоставления льгот или прав на получение помощи, а также наличие соответствующих правил, таких как соблюдение пациентами порядка доступа к специалистам через терапевта, оплата из государственных средств только лекарств-дженериков или обязанность пациентов производить оплату медицинских услуг в медицинском центре. Такие правила обеспечивают *нормирование* льгот, предоставляемых населению. *Участие пациентов в оплате* (часто называемое платой за медицинское обслуживание или сопла-тежами) представляет собой, возможно, наиболее распространенную форму прямого нормирования, тогда как недоступность услуг или ресурсов в некоторых медицинских учреждениях является самой распространенной формой косвенного нормирования.

Следует отметить, что понятие «пакета льгот» часто ассоциируется с той или иной формой прямого «страхования», при этом какие-то виды льгот прямо или косвенно предоставляются в рамках всех систем. Таким образом, в начальной точке реформирования системы никогда не наблюдается полное отсутствие льгот, хотя реформы могут предусматривать создание

Рисунок 7. Система льгот и нормирования по трем измерениям обеспечения охвата



прямо выраженного пакета. Решения в отношении системы льгот и нормирования отражены в «кубе» трех измерений: население, услуги и включенные затраты (описано в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2010 г.).

Куб иллюстрирует варианты того, *какие* услуги необходимо предоставлять, *кому* и *по какой стоимости*, оплачиваемой из личных средств граждан; эти варианты также позволяют определить, какие услуги (или кому, или по какой стоимости) остаются **неохваченными**. Куб, изображенный на рис. 7, представляет собой крайне упрощенную версию реальности, призванную подчеркнуть варианты выбора и компромиссы по этим трем измерениям. «Реальный» выбор политики льгот должен строиться с учетом текущей ситуации в стране; например, неравномерность охвата населения (как услугами, так и финансированием) представляет собой распространенную проблему и не отражается в упрощенной версии куба. Стратегия финансирования здравоохранения, направленная только на «расширение внутреннего куба», скорее всего, не будет рассматривать проблемы справедливости напрямую[45].

Учитывая, что предоставлять все услуги и связанные продукты для всех, у кого есть только общественное финансирование, не представляется возможным, политика финансирования здравоохранения предусматривает компромиссы и выбор. Такой выбор должен быть основан на данных и анализе конкретной страны, в частности

45 Roberts, MJ, WC Hsiao, MR Reich (2015). "Disaggregating the universal coverage cube: putting equity in the picture." [Дезагрегирование куба всеобщего охвата: учет фактора справедливости]. Health Systems and Reform 1(1):22-27.

на данных об относительной экономической эффективности различных видов мер в области услуг здравоохранения, и на политических приоритетах в отношении населения, услуг и покрытия расходов. Как правило, речь идет о выборе, касающемся незначительных изменений существующей политики в отношении населения, услуг и финансового охвата, а не о полной перестройке существующих механизмов.

На практике выбор политики осуществляется с учетом трех измерений, и, следовательно, одновременно должны решаться следующие вопросы:

- кто охвачен и на какие услуги распространяется охват;
- в отношении услуг, предоставляемых каждому лицу (или группе населения), какие расходы (если таковые имеются) должны оплачиваться таким лицом в момент предоставления услуги?

Изложение вопросов таким образом, а не по отдельности, помогает облегчить понимание того, что разные группы населения могут иметь разные права на получение услуг (например, в соответствии с разными программами медицинского страхования), и/или что различные услуги (для всех или разных групп населения) могут оплачиваться в соответствии с разными механизмами участия (например, могут быть предусмотрены льготы для людей, живущих в бедности, бесплатные услуги для детей в возрасте до 5 лет, в то время как другие пациенты должны производить оплату за услуги; кроме того, может быть предусмотрено, например, бесплатное лечение туберкулеза).

Политика предоставления льгот и финансирования здравоохранения. Политика в отношении льгот и участия пациентов в оплате услуг подразумевает, вероятно, самую непосредственную взаимосвязь между системой здравоохранения и населением. В этой связи представляется целесообразным рассматривать пакет льгот как условия, на которых осуществляется доступ к ряду медицинских услуг, оплачиваемых покупателем (покупателями) за счет объединенных средств. Как следует из этого определения, услуги, не вошедшие в пакет льгот, должны оплачиваться самими пациентами. Таким образом, обнаруживается прямая связь между льготами и механизмом участия в оплате (т. е. частично охваченные услуги оплачиваются по схеме участия в оплате), которые не являются обособленными параметрами, предназначенными для нормирования услуг, сбора дополнительных средств или сдерживания спроса. В свою очередь, это дает возможность разработать комплексную рамочную политику финансирования здравоохранения. За счет включения в определение параметра «условия доступа» система льгот может использоваться как инструмент политики, призванный регулировать порядок использования надлежащим образом (например, предоставлять право на специализированную медицинскую помощь только при наличии направления от врача-терапевта).

В ходе пересмотра системы льгот возникает ряд вопросов. Основное внимание обычно сосредоточено на принятии решений о том, какие услуги следует включить в сферу охвата, а также на попытках сбалансировать технические подходы к оценке потребностей в области здоровья населения, оценке технологий, экономической эффективности вмешательств

и их бюджетных последствий с необходимостью вовлечения в процесс граждан и общественных движений. Как и в случае реформы оплаты поставщикам медицинских услуг, разработка системы льгот не сводится к однократному решению, и часть разработки политики должна включать процессы, механизмы и учреждения, которые будут необходимы для периодической (например, ежегодной) корректировки льгот во времени.

Несмотря на значимость таких усилий, в некоторых случаях упор на технические аспекты разработки пакета льгот может привести к потере внимания к основным задачам пакета льгот и к его связи с общей политикой финансирования здравоохранения. В частности, *система льгот наиболее тесно связана с задачей обеспечения прозрачности в правах на получение медицинской помощи* (то есть охваченных услуг и сопутствующих продуктов) и *в обязанностях населения* (например, в соплатежах или использовании системы направления к специалистам) – иными словами, с правилами, которые должны соблюдаться для получения права на медицинскую помощь. Поэтому предварительным условием успешного осуществления пакета льгот является понимание людьми своих прав и обязанностей, а разработка политики не является полной без последнего шага, который заключается в переводе результатов технического процесса на понятный населению язык.

Право на получение медицинской помощи. Критически важный элемент политики и выбор, стоящий перед странами, касается правовой основы для предоставления гражданам права доступа к финансируемым государством услугам медицинской помощи. Основное различие проводится между следующими понятиями:

- право, основанное на взносах, т. е. право на льготную медицинскую помощь, основанное на специальных взносах, выплачиваемых лицом, на которое распространяется действие льгот, или от его имени;
- и право, не зависящее от взносов, т. е. право на льготы, предоставляемое на каких-то иных основаниях, таких как гражданство, постоянное место жительства или принадлежность к определенной группе населения (например, к лицам, живущим за чертой бедности). В таких случаях источником финансирования, как правило, являются доходы из общего государственного бюджета.

Соглашения, предусматривающие предоставление права, основанного на взносах, обычно воспринимаются в терминах «страхования», а схемы, участие в которых (и взносы в которые) определенных групп населения являются обязательными по закону, относятся к «социальному медицинскому страхованию». Как отмечалось выше в разделе, посвященном объединению средств, существует много примеров стран, в которых взносы от имени определенных групп населения в соответствии с национальным законодательством выплачиваются из государственного бюджета.

Например, в Республике Молдова в 2011 г. доля средств, переводимых из общих доходов от имени определенных групп населения (например, детей/студентов, инвалидов, пенсионеров, лиц, получающих социальные пособия), составляла около 55% доходов фонда национального медицинского страхования[46].

Понятие прав, **не зависящих от взносов**, касается основы для предоставления права на медицинскую помощь и не может быть истолковано таким образом, как если бы лица, на которых распространяется действие такого механизма, не вносили свой вклад в государственные доходы, из которых финансируется охват услугами. Поскольку косвенные налоги (например, НДС) являются важным источником поступлений во многих странах, даже лица, не являющиеся плательщиками подоходного налога или налога на заработную плату, часто вносят свой вклад в государственный бюджет за счет покупки товаров, облагаемых НДС. Таким образом, основание для предоставления права не должно сочетаться с источником поступлений для системы. Оно касается только вопроса, основано ли право на предоставление медицинской помощи на уплате *определенного прямого взноса,* предназначенного для этой цели, или имеет другую основу.

46 Shishkin, S and M Jowett (2012). A review of health financing reforms in the Republic of Moldova [Обзор реформ в финансировании здравоохранения в Республике Молдова]. Health Financing Policy Paper 2012/1. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

РАЗДЕЛ 3:

УПРАВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ ПОТЕНЦИАЛА, МиО

4.8. УПРАВЛЕНИЕ ФУНКЦИЯМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В то время как механизмы финансирования здравоохранения во всех странах включают сбор и объединение средств, закупки и систему льгот, порядок организации этих направлений в каждой стране будет свой. Стратегия финансирования здравоохранения должна учитывать изменения по каждому из этих направлений, а также степень согласованности реформ, осуществляемых по всем этим направлениям, и политику обеспечения согласованности. Кроме того, она должна строиться с учетом политики, которая может быть внешней по отношению к фактической работе этих механизмов, но которая оказывает большое влияние на их эффективность. Это аспект рационального использования или (в дальнейшем) управления системой здравоохранения с особым порядком применения в отношении финансовой политики.

На рис. 8 представлен общий обзор механизмов финансирования здравоохранения (центральный элемент) и различных способов взаимодействия системы с населением. Черная стрелка от ячейки «Управления финансированием» относится к мерам, которые правительству может потребоваться принять для обеспечения согласования реформ в области сбора и объединения средств, закупок и системы льгот (и предоставления услуг) с установленными задачами политики.

Рисунок 8. Механизмы финансирования здравоохранения и население[47]



Центральные ячейки на рисунке (например, объединение средств) могут каждая рассматриваться как рынок, и необходимо определить, какие политические меры нужно принять, чтобы воздействовать на порядок осуществления этих функций.

Более конкретно, действия в области управления, которые здесь можно рассматривать, включают *регулирование, предоставление информации и меры по надзору* за конкретными ведомствами в системе здравоохранения. Некоторые примеры включают:

- правила, которые не позволяют страховым компаниям исключать из страховых программ тех или иных лиц на основе состояния их здоровья;
- установление правил корректировки риска между страховыми компаниями или для всей административно-территориальной единицы;
- выдвижение требований и условий руководству национального агентства медицинского страхования;
- выдвижение требований в отношении публичной отчетности об использовании средств или работе национального агентства по закупкам медицинских услуг;
- информирование лиц, освобожденных от оплаты услуг, об их правах.

47 По материалам: Kutzin, J (2001). "A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements." [Описательные рамки странового анализа механизмов финансирования медицинских услуг]. Health Policy 56(3):171-204.

– В более широком смысле, общая ответственность в области управления заключается в координации политики. Это связано с приведением системы в соответствие с целями политики всеобщего охвата услугами здравоохранения, повышением согласованности (или снижением противоречий) между различными аспектами системы финансирования и между функциями финансирования и предоставления услуг.

4.9. ПЛАН ОЦЕНКИ И МОНИТОРИНГА

i) **Оценка.** В то время как мониторинг и оценка (МиО) обычно рассматриваются как одно и то же явление, это отдельные виды деятельности, которые должны быть четко разграничены. Большое внимание принято уделять определению показателей мониторинга; это необходимо, но недостаточно. Цель данного раздела стратегии заключается в том, чтобы разработать (или доработать существующие) механизмы. Такая доработка позволит извлечь пользу из приобретаемого в ходе осуществления реформ опыта, а также обеспечить публичную подотчетность и создать систему раннего предупреждения в целях оперативной корректировки процесса осуществления, в которой нередко возникает необходимость. Мониторинг ключевых показателей эффективности имеет большое значение для отслеживания прогресса в осуществлении стратегии, однако мониторинг сам по себе не может предоставить достаточно информации для понимания последствий реформ. Действительно, отслеживание показателей во времени может описать изменения на пути к осуществлению всеобщего охвата услугами здравоохранения, но такое **отслеживание не может объяснить** причину перемен. Для этого необходима оценка (прикладные политические исследования).

План оценки должен составлять неотъемлемую часть стратегии финансирования здравоохранения. В целом, стратегия представляет собой набор гипотез, основанных на анализе ситуации и оценке вариантов реформы. В частности, гипотеза заключается в том, что в случае осуществления предлагаемого комплекса мер выявленные причины недостаточной эффективности будут (хотя бы частично) рассмотрены, и страна продолжит движение к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Таким образом, план оценки вытекает непосредственно из содержания стратегии.

План оценки, разработанный в рамках стратегии, обычно следует рассматривать как первоначальный или предварительный, поскольку конкретная методология будет в значительной степени зависеть от хода его осуществления. Например, в Кыргызстане реформы вводились поэтапно в течение нескольких лет на географической основе. Это означает, что за год реформы были реализованы в двух из семи регионов страны. На следующий год были добавлены еще два региона, а год спустя еще три. Это позволило построить процесс оценки таким образом, чтобы использовать поэтапное осуществление для сравнения реформируемых и нереформируемых регионов в течение первых нескольких лет.

В тех случаях когда стратегия осуществляется не поэтапно, требуется другая методология. Таким образом, в то время как основные направления плана оценки устанавливаются в рамках стратегии финансирования здравоохранения, конкретные методы ее выполнения определяются в плане осуществления реформ.

Важный аспект оценки связан с подробным описанием процесса осуществления реформ и его сопоставления с первоначальным планом. Понимание результатов и способов осуществления играет важную роль в понимании причинно-следственного влияния реформ. Кроме того, отслеживание процесса осуществления необходимо для выявления, особенно на ранних этапах, проблем, корректировка которых может потребоваться для продолжения реформ.

В конечном итоге, ведомства, играющие ведущую роль в процессе реформ (обычно Министерство здравоохранения), должны будут дать публичные объяснения в отношении хода реформ и достигнутых результатов. Выполнить данное требование публичной подотчетности будет гораздо легче при наличии надежных оценочных исследований. Для этого, вероятнее всего, потребуются более долгосрочные количественные исследования и большее число качественных исследований по методу оперативной оценки, что даст возможность реагировать на краткосрочные политические требования о предоставлении информации в отношении хода осуществления реформ.

По всем этим причинам оценка необходима. Более того, она должна рассматриваться не как упражнение, выполняемое по истечении нескольких лет после реализации стратегии, а как неотъемлемая часть процесса осуществления реформ. Выполнение оценки в процессе осуществления реформ может обеспечить решающую поддержку ведомствам, ответственным за проведение реформ в области финансирования здравоохранения.

ii) **Мониторинг.** Стратегия финансирования здравоохранения должна опираться на поддающиеся объективной и в идеале количественной оценке показатели по каждой из задач, предусмотренных стратегией. Показатели могут быть увязаны с задачами, ориентированными на конкретную страну и относящимися к целям и промежуточным задачам обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Источники информации по каждому показателю должны быть установлены заранее. По возможности, следует использовать и пополнять существующую традиционную систему медицинской информации и данные национальных счетов в здравоохранении, а также использовать связи с национальным ведомством по статистике. В случае необходимости для получения более конкретных данных и информации могут проводиться дополнительные исследования и анализ.

4.10. РАЗВИТИЕ ПОТЕНЦИАЛА

Для успешного осуществления стратегии финансирования здравоохранения также может потребоваться принятие мер по развитию потенциала; например, для обеспечения эффективности реформ может понадобиться укрепление потенциала в области бухгалтерского учета и финансового управления на местном уровне. Развитие потенциала также может понадобиться для проведения мониторинга и оценки стратегии финансирования здравоохранения. Например, может потребоваться обеспечить поддержку исследовательских центров в использовании инструментов политической и экономической оценки, разработку надежных систем медицинской информации или придать законный статус результатам отслеживания национальных счетов в здравоохранении. Обратная связь и циклический подход к осуществлению (признание успеха и поражений) позволят увеличить шансы успешной реализации стратегии.

РУКОВОДСТВО В ОБЛАСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 3

Всемирная организация здравоохранения

Для получения дополнительной информации:

Department of Health Systems Governance and Financing
Health Systems & Innovation Cluster
World Health Organization
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Эл. почта: healthfinancing@who.int
Веб-сайт: http://www.who.int/health_financing

9 789244 512104